

Projeto ERA
“Envelhecer a Recordar Aprendizagens”

Ana Luísa Ribeiro Mandim

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para a
obtenção do grau de Mestre em Gerontologia
Social

Orientadora: Professora Doutora Sidalina Almeida

ISSSP, outubro de 2018

Projeto ERA
“Envelhecer a Recordar Aprendizagens”

Ana Luísa Ribeiro Mandim

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para a
obtenção do grau de Mestre em Gerontologia
Social

Orientadora: Professora Doutora Sidalina Almeida

Instituição: Centro Social e Paroquial de Terroso

Orientadora Local: Dr.^a Carina Moreira

RESUMO

O projeto de intervenção social gerontológico teve como estrutura de enquadramento organizacional as respostas sociais de Centro de Dia e Estrutura Residencial do Centro Social e Paroquial de Terroso.

O diagnóstico social constituiu o elemento de suporte do presente trabalho, permitindo traçar as linhas de intervenção a implementar. Centrado na caracterização dos idosos e das respetivas repostas sociais onde estão inseridos, possibilitou a identificação dos problemas sociais e das potencialidades existentes que justificariam uma intervenção concertada. Com efeito, numa primeira fase, recorremos às conversas intencionais e à observação participante para compreender a realidade institucional em causa, em particular, os idosos que a compõe. Através destas técnicas, recolhemos importantes elementos de caracterização sociodemográfica, do trajeto profissional, dos rendimentos, das redes relacionais, das condições de saúde e de dependência dos idosos, bem como das rotinas, dos serviços e das atividades desenvolvidas.

Já numa segunda fase, a qual envolveu uma análise mais rigorosa e aprofundada, dedicamo-nos à caracterização da condição de saúde da população idosa objeto, sendo que tal caracterização compreendeu a avaliação dos seus estados físico e mental e, neste âmbito, procedeu-se à aplicação da escala de Barthel, de MiniMental, de Addenbrooke e da escala de Depressão Geriátrica.

Terminada a recolha de dados, a análise da informação obtida revelou-se essencial para a identificação dos problemas e das necessidades destes idosos. A escassa estimulação cognitiva e a insuficiente integração dos idosos com dependência nas atividades desenvolvidas pela instituição foram, por nós, tidas em conta e consideradas prioritárias para a intervenção. De facto, tais situações conduziram-nos à elaboração de um projeto de intervenção designado “ERA”, o qual compreende dois propósitos fundamentais: primeiro, a estimulação da memória e o desenvolvimento de experiências de aprendizagem, visando promover o bem-estar cognitivo e a qualidade de vida da população idosa da instituição; segundo, a potencialização das competências através da participação dos idosos em atividades, nomeadamente atividades lúdicas musicais, instigando a interação entre os idosos e a vertente cultural. Consideramos que as repostas sociais devem visar pela promoção de um envelhecimento ativo aliado à implementação de projetos de animação sociocultural, no intuito de fomentar a participação social e a aprendizagem ao longo da vida.

Quanto aos resultados obtidos com o projeto, o investimento em projetos de animação sociocultural possibilitou aos idosos o desenvolvimento, a manutenção e a estimulação das suas competências cognitivas.

Palavras-chave: envelhecimento-ativo; estimulação cognitiva; envelhecimento; animação sociocultural.

ABSTRACT

The gerontological social intervention project had as its organizational structure the social responses by the Day Center and Residential Structure of the Social and Parish Center of Terroso.

The social diagnosis constituted the support element of the present study, allowing to draw the lines of intervention to be implemented. Focused on the characterization of the elderly and the respective social responses where they are inserted, it allowed the identification of the social problems and the existing potentialities that would justify a concerted intervention. In a first instance, we use intentional conversations and participant observation in order to understand the institutional reality in question, in particular, the elderly who are part of it. Through these techniques, we collected important elements of socio-demographic characterization, the professional path, income, relational networks, health conditions and elderly dependency, as well as routines, services and the developed activities. In a second phase, which involved a more rigorous and in-depth analysis, we committed ourselves to the characterization of the health condition of the object elderly population, that comprehended the evaluation of their physical and mental states and, therefore, to the application of the Barthel Scale, MiniMental, Addenbrooke and the Geriatric Depression Scale.

After the data collecting, the analysis of the information obtained was essential to identify the problems and needs of the elderlies. The lack of cognitive stimulation and insufficient integration of the dependent elderlies on the activities developed by the institution were considered, by us, as priorities for the intervention. In fact, such situations led to the elaboration of an intervention project called "ERA", which apprehend two fundamental purposes: firstly, the stimulation of memory and the development of learning experiences, aiming to promote cognitive well-being and quality of life of the institution's elderly population; and secondly, the empowerment of skills through the elderly's participation in activities, namely musical activities, instigating the interaction between the elderly and the culture side. We believe that social responses should aim to promote an active ageing combined with the implementation of socio-cultural projects to promote social participation and lifelong learning.

As for the results obtained with the project, the investment in projects of sociocultural animation allowed the elderly to develop, maintain and stimulate their cognitive skills.

Palavras-chave: aging-active; cognitive stimulation; aging; sociocultural animation.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de mais às pessoas mais importantes e cruciais em todo este processo, os idosos do CSPT, sem eles este projeto não seria possível. Por todo o carinho, paciência, empatia e disponibilidade que sempre manifestaram.

À Professora Doutora Sidalina Almeida pelas horas dedicadas, pelos saberes e conhecimentos partilhados, e pela paciência nas horas mais delicadas.

À Dra. Carina por se ter tornado numa pessoa crucial no decorrer do processo, pela disponibilidade, capacidade de escuta, pela dedicação, pela proteção, pelos conhecimentos, por todo o apoio e pelos incentivos dados dia após dia.

Ao Psicólogo e Animadora Sociocultural na partilha diária de experiências, que sem dúvida foram enriquecedoras para o futuro profissional.

Aos meus pais e irmão pela disponibilidade que sempre demonstraram, pelo estímulo que sempre me deram e por toda a paciência que tiveram de ter no decorrer deste processo.

Às minhas amigas Filipa e Mónica, pelo incentivo, entreajuda e horas de partilhas de conhecimentos.

E a todos os meus amigos e restante família, incansáveis nesta fase e que tanto me incentivaram para chegar a bom porto...

ÍNDICE

ABSTRACT	ii
AGRADECIMENTOS	iii
ÍNDICE	iv
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
LISTA DE ABREVIACÕES	ix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – O FENÓMENO DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E OS EQUIPAMENTO SOCIAIS COMO MEDIDA DE POLÍTICA SOCIAL DA VELHICE	4
1.1 – Os Equipamentos Sociais Como Medida De Política Social De Velhice	8
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO: A ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SOCIAL	14
2.1 - Técnicas de recolha e de Tratamento da informação e para a elaboração de Diagnóstico	17
CAPÍTULO 3 - DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL DOS IDOSOS	19
3.1 - Caracterização Sociodemográfica	19
3.2 - Trajeto Profissional dos idosos de CD e ERPI	23
3.2.1 - Nível Instrução dos idosos de CD e ERPI	23
3.2.2 Grupo profissional dos idosos CD e ERPI	25
3.3.3 – Rendimentos	30
3.4 – Rede Relacional	34
3.5 - Motivos de Ingresso dos idosos nas respostas sociais	37
3.6 - Condição de Saúde e Dependências dos idosos de ERPI e CD	40
3.6.1 – Avaliações psicológicas dos estados de saúde dos idosos de ERPI e CD	41
CAPÍTULO 4 - DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE TERROSO	50
4.1 - Caracterização do CSPT	50
4.2 – Caracterização das Respostas Sociais de Estrutura Residencial Para Idosos e Centro de Dia	52

4.2.1 – Serviços e Rotinas	57
4.3 – Equipa de profissionais.....	61
4.4 - Plano de Atividades.....	64
4.5 - Análise SWOT	66
4.6 - Identificação dos Problemas.....	68
CAPÍTULO 5 - PROJETO DE INTERVENÇÃO: ERA: ENVELHECER A RECORDAR APRENDIZAGENS.....	71
5.1 - Caminho para a intervenção	72
5.2 - Objetivos do projeto	74
CAPÍTULO 6 - AVALIAÇÃO	80
6.1 - Avaliação detalhada dos Ateliês	93
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES	106
Apêndice I – Guião de Observação	106
Apêndice II– Questionário Aplicado aos Idosos Para Avaliação Do Projeto.....	107
Apêndice III – Questionário Aplicado à Diretora Técnica Para Avaliação Do Projeto	109
ANEXOS.....	110
Anexo I - Regulamento da Resposta Social de Centro de Dia Do Centro Social e Paroquial de Terroso	110
Anexo II - Regulamento da Resposta Social de Estrutura Residencial Para Idosos Do Centro Social e Paroquial de Terroso	123
Anexo III - Escala Mini Mental State Examination – MMSE.....	136
Anexo IV - Índice de Barthel.....	140
Anexo V - Escala de Addenbrooke	142
Anexo VI - Escala Depressão Geriátrica	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Idade dos Idosos de ERPI	19
Tabela 2 – Idade dos Idosos de CD	19
Tabela 3 - Situação profissional dos idosos de ERPI.....	25
Tabela 4- Situação profissional dos idosos de Centro de Dia	28
Tabela 5 – Categorias e valores das reformas e mensalidades dos idosos	30
Tabela 6 – Patologias dos idosos de ERPI e CD	40
Tabela 7 - Escala de Barthel.....	49
Tabela 8 – Objetivos das Repostas Sociais	55
Tabela 9 – Serviços Diários e Rotinas dos idosos das respostas sociais de ERPI e CD	58
Tabela 10 – Equipa de Profissionais das Respostas Sociais do CSPT	61
Tabela 11 – Espaços Institucionais	63
Tabela 12 - Plano de Atividades das Respostas Sociais de CD e ERPI.....	65
Tabela 13 - Análise SWOT das respostas sociais de CD e ERPI do CSPT	67
Tabela 14 – Identificação dos Problemas.....	68
Tabela 15 – Recursos das Respostas Sociais de CD e ERPI.....	75
Tabela 16 - Ateliê de Memória	78
Tabela 17 - Ateliê de Música	79

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Equipamentos Sociais para Idosos – Segurança Social (2018).....	8
--	---

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Naturalidade dos Idosos de ERPI	20
Gráfico 2 - Naturalidade dos idosos de Centro de Dia.....	21
Gráfico 3 - Residência Atual dos idosos de ERPI.....	22
Gráfico 4 - Residência Atual dos Idosos de Centro de Dia.....	22
Gráfico 5 - Nível Instrução dos idosos de ERPI	23
Gráfico 6 - Nível Instrução dos idosos de CD	24
Gráfico 7 - Situação na profissão dos idosos de ERPI.....	29
Gráfico 8 - Situação na profissão dos idosos de Centro de Dia	29
Gráfico 9 - Reformas e Mensalidades dos idosos de ERPI.....	30
Gráfico 10 - Reforma e Mensalidades de Centro de Dia	32
Gráfico 11 - Regime de Ocupação dos idosos de CD	33
Gráfico 12 - Tipo de Habitação dos idosos das respostas sociais de CD e ERPI	33
Gráfico 13 - Composição do Grupo Doméstico dos Idosos de CD	34
Gráfico 14 - Estado civil dos idosos de CD	35
Gráfico 15 - Estado civil dos idosos de ERPI.....	35
Gráfico 16 - Motivos para a entrada em ERPI.....	37
Gráfico 17 - Motivos para a entrada em CD	39
Gráfico 18 - Escala do Mini Mental.....	46
Gráfico 19 - Escala Depressão Geriátrica	47

LISTA DE ABREVIACÕES

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

CD – Centro de Dia

MME – Mini Mental

EDG – Escala Depressão Geriátrica

CSPT – Centro Social e Paroquial de Terroso

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

ATL - Atividades de Tempo Livre

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

PI – Plano Individual

OMS – Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

Os equipamentos sociais para idosos surgiram como uma forma de colmatar as necessidades dos indivíduos e dos próprios familiares que vivem o processo de envelhecimento. Perceber e interpretar as necessidades constitui o ponto de partida deste projeto de intervenção social.

Neste sentido, o presente trabalho tem como intuito compreender o processo de envelhecimento dos idosos residentes na ERPI e dos idosos utilizadores de CD, diagnosticando as necessidades e os problemas encontrados, tendo em vista a realização de uma intervenção eficaz e rigorosa.

De facto, o trabalho interventivo deve ser integrado por uma metodologia de investigação/intervenção. Um projeto é expressão de uma vontade ou de um desejo de cariz intencional que carece de resposta urgente, daí o carácter interventivo (Guerra, 2000). Para tal, optamos por recorrer à metodologia de investigação-ação, a qual possui um cariz cíclico, possibilitando aos investigadores a reflexão crítica sobre as ações durante todo o processo de intervenção (Coutinho, 2013). No âmbito da gerontologia, a metodologia revela-se uma ferramenta essencial. Os idosos, enquanto indivíduos em constante alteração, carecem de uma atenção redobrada. Assim, estar atento às mudanças verificadas e refletir sobre elas permitem responder com maior eficácia às necessidades sentidas. Por outro lado, o investigador deve ainda explorar e analisar todo o conjunto de interações ocorridas durante este processo, com vista a realizar os objetivos subjacentes à intervenção.

Conhecer e interpretar a realidade são fatores utilizados na fase diagnóstica. O diagnóstico realizado no presente estudo de intervenção caracteriza-se por dois momentos distintos. Numa primeira fase, realizamos a análise completa dos indivíduos e procuramos conhecer as respostas sociais onde estão inseridos. Posto isto, a primeira análise recaiu sobre as características pessoais, psicológicas e sociais dos idosos, de forma a investigar, conhecer e interpretar as suas especificidades e particularidades. Relativamente ao diagnóstico institucional, este pautou-se pelo conhecimento dos serviços, rotinas e atividades desenvolvidas, de forma a compreender qual o tipo de resposta que é dada ao idoso. No fundo, buscamos perceber se as respostas oferecidas suprem a totalidade das necessidades sentidas e não, somente, as necessidades mais elementares.

Com o avançar do estágio e através do recurso às técnicas de recolha de dados, conversas intencionais, observação participante e análise documental, toda informação progressivamente recolhida conduziu ao levantamento de problemas e respectivas causalidades. Entre eles, a insuficiente integração dos idosos com dependências cognitivas ou físicas nas atividades realizadas e a inexistência de atividades que potenciem a estimulação cognitiva foram problemas que identificamos e hierarquizamos como prioritários. As escalas de avaliação aplicadas com o objetivo de identificar o estado cognitivo dos idosos mostraram que grande parte dos visados apresentam défice cognitivo. Ainda, verificamos, tal como supra evidenciamos, uma escassez de ações que potenciam a estimulação dos idosos, as quais seriam fundamentais para o desenvolvimento da sua autoestima e, consequentemente, da sua qualidade de vida (Castro, 2011). As perdas cognitivas que vão aparecendo com o avançar da idade são fatores inevitáveis. Contudo, e no sentido de colmatar tais inevitabilidades, torna-se importante estimular certas competências dos idosos tendo, sempre, como objetivo último o envelhecimento-ativo. Assim, é essencial estimular a participação, a segurança, a saúde e a aprendizagem ao longo da vida (OMS, 2012). A não execução das ações planeadas semanalmente, e que estão previstas no plano de atividades, conduz a uma limitação da missão das respostas sociais em análise. As rotinas inerentes aos cuidados de saúde assumem nestas respostas maior centralidade, sendo que as outras necessidades acabam por se secundarizar.

Encontrados os problemas e necessidades, estaríamos aptos para entrar no plano de ação. Ora, e perante os elementos de diagnóstico reunidos, decidimos que a área de intervenção sobre a qual centraríamos o nosso projeto teria como foco a nova era do envelhecimento ativo. Deste modo, o objetivo primordial seria colmatar os problemas detetados no diagnóstico, tendo como fim a potencialização dos pilares do envelhecimento ativo visando a melhoria da qualidade de vida. A implementação deste projeto teve como finalidade: Promover uma melhor qualidade de vida e o bem-estar pessoal e cognitivo dos idosos. Foi com base nestes propósitos que traçamos o esboço do projeto e, por isso, as ações desenvolvidas basearam-se fundamentalmente em dois eixos interventivos: o eixo da memória e o eixo musical. No que concerne ao primeiro eixo de intervenção, o objetivo foi estimular a competência da memória, de forma a reavivar as suas histórias de vida e a evidenciar características pessoais. Paralelamente, focamo-nos na componente musical, através da qual pretendíamos a partilha de conhecimentos e a estimulação de outras competências.

Como mencionado, a estrutura base deste projeto interventivo centra-se na promoção dos quatro pilares do envelhecimento-ativo: a participação, a saúde, a aprendizagem ao longo da vida e a segurança. Destes, a participação, a saúde e a aprendizagem ao longo da vida foram os mais visados na nossa intervenção e daí a designação de “Projeto ERA” – Envelhecer a Recordar Aprendizagens. Potenciar e reforçar os conhecimentos antigos e adquirir novos tornaram-se ferramentas essenciais para o processo de envelhecimento individual e em comunidade. Também a partilha de experiências entre indivíduos aumentou os laços afetivos existentes, fomentando a aquisição de competências e promovendo o bem-estar e a qualidade de vida. Alia-se a estes factores a promoção das competências cognitivas, essenciais para a melhoria e estabilização da saúde mental. A ERA do envelhecimento ativo deve ser considerada no sentido em que todos os seus pilares têm a mesma importância para as diferentes respostas sociais.

Quanto à organização do presente relatório, esta estrutura-se em cinco capítulos. No primeiro, discorremos sobre a metodologia do projeto e as políticas sociais existentes na forma de equipamentos que intervêm no fenómeno do envelhecimento. No segundo, centramo-nos no diagnóstico social dos idosos, no qual são abordados diferentes aspetos como a caracterização sociodemográfica, o trajeto profissional, os rendimentos, os motivos de ingresso nas respostas sociais e a condição de saúde. De seguida, e ainda nesta fase, o terceiro capítulo aborda o diagnóstico social das respostas sociais, ERPI e CD, nomeadamente dos serviços prestados, do plano de atividades, das rotinas e da equipa de profissionais. No que toca ao quarto capítulo, evidenciamos o desenho do projeto de intervenção e, por fim, no último capítulo, terminámos com a avaliação do processo de implementação da intervenção.

CAPÍTULO 1 – O FENÓMENO DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E OS EQUIPAMENTOS SOCIAIS COMO MEDIDA DE POLÍTICA SOCIAL DA VELHICE

O envelhecimento populacional é um fenómeno que remonta à década de 60. Desde então, verificamos um aumento progressivo desta tendência, acarretando importantes consequências económico-sociais.

A entrada no mundo da reforma é encarada como um marco essencial neste processo de envelhecimento. Se por um lado representa o afastamento do seio laboral, por outro, tal separação tem como contrapartida um "*direito de repouso remunerado*" Fernandes (1997, p.17). Contudo, o referido afastamento da atividade profissional conduz à desvinculação de relações humanas que mantinha nesse âmbito podendo, consequentemente, motivar a vulnerabilidade do indivíduo, ferindo a sua autoestima e influenciando o modo como as pessoas encaram os diversos desafios (Fernandes, 1997)

Ainda, esta transição promove a reestruturação dos papéis sociais. De facto, pode significar a perda do estatuto que os indivíduos ocupam junto da sociedade em que se inserem ou a sua exclusão. Por outras palavras, a entrada na reforma é "*sinónimo de desocupação, pauperização e perda das redes de suporte*" (Carvalho, 2013, p.18)

As consequências sentidas a nível social encontram-se estreitamente relacionadas com as sentidas a nível económico. Deste modo, com a referida intensificação do processo de envelhecimento, o número de pensões, subsídios de desemprego e de reformas é cada vez maior visto que a percentagem de pessoas inativas tende a aumentar (Rosa, 1993).

À luz do que Rosa (2012) evidencia, as causas para este envelhecimento centram-se na redução da mortalidade e na redução de fecundidade. Ou seja, a taxa de natalidade vem diminuindo consideravelmente e, por sua vez, verifica-se um incremento expressivo da esperança média de vida, contribuindo para um notável aumento da população idosa. Esta tendência tem vindo a ganhar cada vez mais espaço e impacto na generalidade das sociedades europeias (Paúl & Fonseca, 2005).

A constatação de tal facto é confirmada por uma diversidade de pesquisas realizadas, tendo como amostra a população mundial, na medida em que se trata de um problema com incidência à escala planetária. Contudo, a Europa é uma das regiões mais afetadas por este fenómeno de envelhecimento demográfico, sendo, por isso, não raras vezes denominada por "continente grisalho". Paralelamente, a zona deste continente que possui um processo de envelhecimento a ritmo acelerado é a região de Portugal (Rosa, 2012). Tal como Bandeira (2012) refere na sua investigação, Portugal evidencia uma tendência notável de

envelhecimento populacional. Realizando uma pesquisa mais alargada sobre o todo este fenómeno, torna-se perceptível que Portugal, face ao conjunto de países da União Europeia, apresenta o 3º valor mais elevado do índice de envelhecimento (PORDATA, 2018). Deste modo, perante os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), e perante todos os resultados que têm sido obtidos, vê-se que, ao longo dos últimos anos, este processo tem vindo a agravar-se. Tal é perceptível pelo aumento do índice de envelhecimento nos últimos anos: em 2001, por cada 100 jovens existiam 102 idosos, em 2011, mantendo essa relação, o número de idosos aumentou para 128. Já em 2014, esta tendência volta a repetir-se, com 141 idosos por cada 100 jovens e, em 2017, o número aumentou para 155. Além disso, é de salientar que foi a partir de 2000 que o número de idosos passou a ser superior ao número de jovens (INE, 2018)

Posto isto, e considerando os resultados estatísticos do INE, caso não ocorram alterações ao nível das políticas de família, estima-se que entre 2017 e 2080 a população idosa deverá duplicar em relação à população mais jovem, elevando, desta forma, o índice de envelhecimento de 155 para 309 idosos por cada 100 jovens. A evolução deste fenómeno pode ser explicada pela melhoria das condições de vida das populações e pelo desenvolvimento de algumas medidas de apoio. De facto, o avanço da medicina e dos acessos às condições de saúde são causas diretas para o aumento da esperança média de vida e para as alterações significativas ocorridas nas estruturas etárias (Botelho, 2007).

Ainda, este fenómeno constitui um importante desafio quer para a sociedade quer para os indivíduos que a compõem. No que concerne aos indivíduos, este desafio passa pela adaptação relativamente às mudanças que decorrem deste processo, nomeadamente, mudanças biológicas, patológicas e sociais, posteriormente referidas. Para a sociedade, o desafio traduz-se no aumento de custos com a população envelhecida, custos estes suportados pelas camadas mais jovens, em atividade, mas cuja dimensão populacional está em clara regressão. De acordo com esta perspetiva, e tal como António (2012) evidencia, os custos relativos à saúde, aos equipamentos sociais e à segurança social são aqueles que assumem o maior desafio para a sociedade.

Contudo, o fenómeno do envelhecimento não é recente, pelo contrário, já se vem arrastando há vários anos, tendo, no entanto, ganho novos contornos nas sociedades atuais. Segundo Gaspar (2009), o envelhecimento não deve ser encarado como um problema que carece de resposta imediata, mas como um processo de mudanças ao qual nos temos e devemos adaptar. No entanto, os motivos que originam este flagelo social não se cingem, somente, ao aumento do número de indivíduos idosos. Também as carências ao nível das

estruturas económicas e das redes relacionais contribuem, diretamente, para tal. Por isso, as alterações nas instituições familiares são uma necessidade e sobre as quais as políticas sociais devem intervir de forma a fornecer respostas mais adequadas e eficazes face às necessidades dos mais velhos.

Sendo esta uma questão polémica e que gera inquietação junto dos quadrantes sociais, consideramos urgente e necessário o fomento de medidas políticas orientadas para a população idosa, com o intuito de promover um envelhecimento ativo.

Perante todos estes desafios, é imprescindível que as respostas existentes sejam transversais às diferentes dimensões da vida social, abrangendo a área da saúde, educação, trabalho, família, habitação, lazer e ordenamento do território. Por outro lado, é fundamental alterar o estereótipo que recai sobre o indivíduo idoso, deixando de ser visto como um ser que somente gera gastos para reconhecer o seu importante papel social (António, 2012).

No que toca à realidade portuguesa, as políticas sociais de velhice não são recentes. Em 1976, a Constituição da República Portuguesa consagra a proteção dos mais velhos nos planos económico, social e cultural, através da fomentação de políticas sociais que potenciam oportunidades de realização pessoal e uma participação ativa na comunidade (Constituição da República Portuguesa, 2011). Contudo, durante vários anos, o acompanhamento dos idosos era desempenhado pelas famílias, ou por instituições religiosas ou de caridade (Pimentel, 2005). Maioritariamente, eram as famílias que estavam encarregues de prestar este acompanhamento personalizado, mais concretamente, os elementos do sexo feminino eram os principais cuidadores. No entanto, a entrada da mulher no mercado de trabalho inverteu o panorama e alterou estas - já enraizadas - rotinas familiares. Assim, tornou-se imperativo criar novas estratégias para fazer face às necessidades dos idosos e, conseqüentemente, das suas famílias.

Efetivamente, a vulnerabilidade a que os sujeitos mais velhos estão expostos tem tendência a agudizar-se e, por isso, o desenvolvimento de políticas de apoio orientadas para a participação, segurança, saúde e aprendizagem ao longo da vida é uma necessidade. De acordo com Fernandes (1997, p.22), as políticas sociais para a velhice dizem respeito ao *“conjunto das intervenções públicas, ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade.”* Ou seja, estas políticas assumem-se, entre nós, como o ramo das políticas sociais que fornecem ferramentas essenciais para o bem-estar dos indivíduos, diminuindo “as consequências do mercado sobre a disponibilidade de recursos na velhice e providenciando bens e serviços essenciais à satisfação das necessidades das pessoas nessa condição” (António, 2012).

As políticas sociais criadas e instauradas na sociedade direcionam-se para uma ótica de sustentabilidade financeira, colocando um pouco de parte outros critérios igualmente importantes. Os recursos financeiros a que as pessoas têm acesso revelam-se cruciais para a sua sustentabilidade, no entanto, não devem ser encarados como únicos por parte de quem os presta. Aliás, estas políticas deveriam ser regidas pelos princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas, os quais se agrupam em cinco grandes grupos: o princípio da independência; o princípio da participação; o princípio de cuidados; o princípio da autorrealização e o princípio da dignidade. Assim, as políticas sociais de velhice devem ter um carácter geral, com vista a abrangerem todos os princípios evidenciados, uma vez que só assim conseguem proporcionar o bem-estar para o qual se orientam (António, 2012). Deste modo, para além da vertente financeira, estas políticas devem investir nas necessidades individuais e na promoção de um envelhecimento ativo, tendo por base o ideal último da dignidade humana no qual assenta o artigo 1º da nossa lei Fundamental.

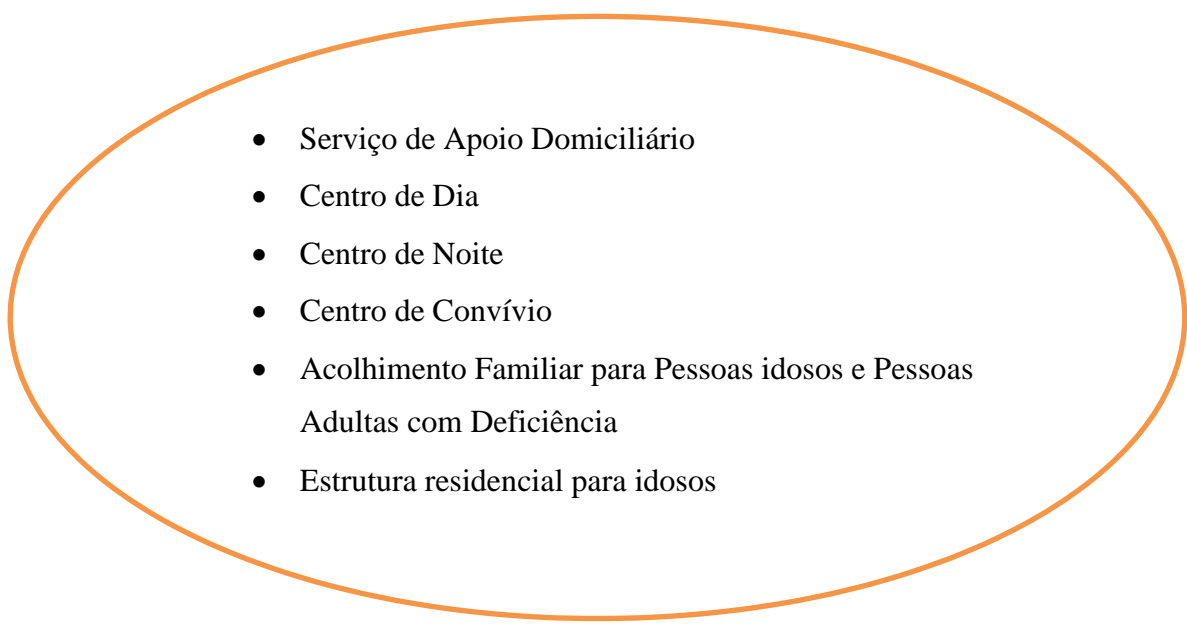
Sendo assim, de um modo geral, as políticas sociais direcionadas às pessoas idosas e instauradas na sociedade portuguesa assumem várias frentes: as prestações sociais, com a pensão de velhice, o complemento solidário para idosos – CSI, e a Pensão Social de Velhice; e os equipamentos sociais que englobam as respostas sociais de serviço de apoio domiciliário, apoio domiciliário integrado, acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência, estrutura residencial, residência, Centro de dia, Centro de Convívio, Centro de noite, Acolhimento Familiar (Direção Geral da Segurança Social, 2018).

No entanto, pese embora esta multiplicidade de medidas de apoio social, consideramos que não existe uma política efetiva de envelhecimento em Portugal. Ao longo do tempo, como se verificou, assistiu-se à adoção de medidas dirigidas à população idosa - as quais podemos designar de *“políticas de velhice” - que se materializaram em estratégias, programas, medidas, equipamentos e serviços, de modo a colmatar as necessidades que decorrem da entrada na velhice*” (António, S., 2013, p.100). Neste sentido, é importante alterar o paradigma atual e criar condições para que o envelhecimento seja encarado positivamente. Para isso, consideramos que as repostas sociais devem igualmente trabalhar nesse sentido, uma vez que são aquelas que estão em contacto direto com os indivíduos visados e nas quais os idosos ou familiares procuram uma resposta imediata para suprir necessidades.

1.1 – Os Equipamentos Sociais Como Medida De Política Social De Velhice

O problema do envelhecimento demográfico tem sido muito discutido pelas estruturas organizacionais que prestam apoio à população idosa. Responder às necessidades e especificidades que este problema incorpora obriga à presença de todos os intervenientes. Como já foi mencionado anteriormente, uma das políticas sociais instituída na sociedade portuguesa consiste na existência de repostas sociais e do apoio que são prestadas aos idosos e aos seus familiares. Todavia, estes equipamentos sociais mostram-se insuficientes quando estamos a analisar o número de estruturas existentes e a adequação dos respetivos serviços às características da população. Relativamente aos equipamentos sociais, segundo a Carta Social (2016), verifica-se que a taxa de cobertura apresente um valor diminuto e insuficiente face ao número de idosos que existe na sociedade. A taxa de cobertura média em 2016 fixou-se em 12,9 %, valor não muito variável face ao ano anterior. Este facto é explicado pelo crescimento acelerado do número de idosos e pelo aumento limitado da taxa de cobertura (GEP/MTSS, 2016). Apesar desta situação, as repostas sociais destinadas aos idosos têm vindo a ganhar um maior relevo na sociedade. O segredo para o aumento da procura deve-se ao facto de os indivíduos e as suas famílias não serem capazes de colmatar as dependências e necessidades no meio natural de vida. Direção-Geral da Segurança Social.

Ilustração 1 – Equipamentos Sociais para Idosos – Segurança Social (2018)

- 
- Serviço de Apoio Domiciliário
 - Centro de Dia
 - Centro de Noite
 - Centro de Convívio
 - Acolhimento Familiar para Pessoas idosas e Pessoas Adultas com Deficiência
 - Estrutura residencial para idosos

Fonte: Direção Geral da Segurança Social (2018)

Estas respostas sociais devem procurar preservar e fomentar a individualidade, os princípios da dignidade, de independência, de assistência, de participação ou de realização pessoal, fatores que estão pressupostos e subjacentes ao conceito de envelhecimento ativo. Atualmente, existem respostas que promovem o envelhecimento no meio natural de vida: Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Convívio e Centro de Noite. Em contrapartida, existem outras de institucionalização total: Estrutura Residencial Para Idosos.

Segundo dados da carta social, a resposta de estrutura residencial é aquela que apresenta uma maior taxa de utilização, rondando a casa dos 90%, o que traduz um valor bastante elevado. Se compararmos este resultado com aquele anteriormente indicado (taxa de cobertura), concluímos ser necessário existir uma quantidade maior de equipamentos para dar uma resposta mais eficaz ao número de idosos que carecem desse serviço (GEP/MTSS, 2016). Visto que a institucionalização é uma das vertentes com maior adesão, importa perceber qual o tipo de acompanhamento que dispõe.

A institucionalização total, como o lar de internamento, consiste no *“alojamento, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia”* (Carvalho, 2013, p.96). Já o centro de dia traduz-se numa resposta social de institucionalização parcial, permitindo a *“prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar”*.

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de exoneração progressiva e diferencial. É algo que faz parte do ciclo vital do indivíduo, sendo difícil datar o seu começo porque a velocidade e gravidade com que ocorre são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo. Deste modo, as repostas sociais devem estar preparadas para responder às necessidades dos indivíduos de forma adequada e individualizada, uma vez que são diversos os aspetos biológicos, psicológicos ou sociais que afetam o processo de envelhecimento neste sentido (Sequeira, 2010).

O envelhecimento biológico diz respeito ao desenvolvimento e morte dos organismos vivos. Trata-se de um processo em que estão envolvidos o envelhecimento celular e o aparecimento de perturbações de saúde (Carvalho, 2013). Dentro destas perturbações podem-se salientar a diminuição ou perda da visão, da audição ou do paladar, a perda de memória recente, modificações no sistema imunológico que tornam os idosos mais vulneráveis a doenças, e ainda fragilidades nas articulações e outras alterações que influenciam de forma negativa o quotidiano do indivíduo (Ferreira, 2010). Estas alterações corporais têm, por

consequência, repercussões psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos (Sequeira, 2010).

Quanto ao envelhecimento psicológico, este é sentido nos processos mentais, motivacionais e cognitivos sentidos e vivenciados pelos indivíduos. Segundo Lima (2010, p.14, citado por Carvalho, 2013) o envelhecimento psicológico é caracterizado “ (...) *pela autorregulação do indivíduo, pelas mudanças nas funções psicológicas, como a memória e a tomada de decisões, e pela forma de lidar com o processo de senescência*”.

Por fim, o envelhecimento social está associado ao conjunto de papéis que os indivíduos adotam ou são forçados a adotar relativamente às normas e condutas da cultura em que estão inseridos numa determinada sociedade (Fontaine, 2000).

Perante isto, concluímos que o processo de envelhecimento é pautado por variadas alterações que condicionam, ou não, a vida dos indivíduos mais velhos. Como já foi referido, este processo apresenta consequências na saúde, nomeadamente, a nível físico e cognitivo e, consequentemente, no surgimento de doenças crónicas que podem gerar graus de dependência; e, ainda, consequências sociais, marcadas pela escassez de recursos dado o elevado número de idosos.

Mais detalhadamente, no que concerne às consequências, ao nível cognitivo poder-se-á referir que as alterações produzidas são vistas como um acontecimento natural e inerente ao processo de envelhecimento, ocorrendo ao ritmo de cada organismo (Nordon, Guimarães, Kozonoe Mancilha &, Neto, 2009). Desconstruindo o conceito de declínio cognitivo, este diz respeito a uma ligeira disfunção no sistema nervoso, produzindo alterações nas capacidades cognitivas, mais concretamente no processamento da memória. De facto, as perdas da memória são a consequência mais comum considerando as avaliações psicológicas realizadas. (Castro, 2011). No entanto, o declínio cognitivo não é um processo uniforme, ou seja, não ocorre entre nós de forma homogénea. Para além disso, não são todas as funções cognitivas dos idosos que sofrem este declínio. As mais afetadas são a atenção, a memória, a capacidade de percepção e de espaço, a execução e a velocidade de processamento (Nunes, 2008). As funções cognitivas podem, ainda, ser influenciadas por alguns fatores externos nomeadamente, fatores genéticos; pelo estado de saúde dos indivíduos; pela instrução; pelas dinâmicas ao nível de estimulação mental; pela atividade física; e pela personalidade (Spar e La Rue, 2005)

Adotar medidas com o intuito de colmatar as perdas que vão surgindo no processo de envelhecimento torna-se, assim, um fator preponderante. Para tal, podemos evidenciar duas medidas que consideramos fundamentais: a prática de exercício físico e a estimulação das

capacidades cognitivas (estimulação cognitiva) (Fonseca, 2004).

Posto isto, e com intuito de fomentar a saúde mental, é importante a implementação de programas destinados à estimulação cognitiva. Estimular pressupõe a realização de dinâmicas baseadas na cativação, animação e ativação dos indivíduos. De acordo com Zimerman (2000), a estimulação consiste num bom elemento para obter a diminuição dos efeitos adversos no processo de envelhecimento facultando, desse modo, o aumento da qualidade de vida. Ainda relativamente à estimulação, a prevenção do declínio das capacidades cognitivas é também uma componente importante. Este tipo de programas de estimulação é de extrema utilidade no universo das respostas sociais de estrutura residencial e centro de dia, potenciando a qualidade de vida dos indivíduos (Castro 2011).

A fragilidade sentida ao nível da saúde mental pode potenciar situações de risco e a necessidade de trabalhos interventivos. A saúde mental assume, nesta idade, uma elemento essencial para que o envelhecimento ocorra na sua plenitude.

Assim, perante estas mudanças que ocorrem na vida das pessoas idosas, revela-se essencial que os equipamentos sociais sejam capazes de responder às necessidades dos mais velhos, tendo em conta que a sua permanência nos mesmos é cada vez mais prolongada.

Em 2016, os dados estatísticos mostraram que, em média, os idosos permanecem nas repostas por um período de 5 anos. Estes dados permitem considerar que estes equipamentos têm sofrido melhorias substanciais e proporcionado, condições de vida satisfatórias aos utentes. A satisfação das necessidades básicas dos idosos, aliada à melhoria das condições nos serviços prestados consubstanciam as principais razões para a permanência dos idosos nas respectivas respostas (GEP/MTSS, 2016).

Como já foi evidenciado, uma outra modificação ocorrida no processo de envelhecimento consiste nas alterações ao nível da funcionalidade. O carácter vulnerável dos mais velhos é, em alguns casos, um fator determinante para a procura de repostas sociais. A dependência/independência dos idosos para realizarem atividades básicas da vida diária, assume-se como um fator de caracterização/referência do seu grau de dependência. A reposta social de Centro de Dia é aquela que possui um grau de dependência mais baixo, visto que, nas atividades avaliadas, o número de idosos capaz de realizá-las sem qualquer tipo de ajuda é bastante elevado. Em contrapartida, os idosos da estrutura residencial apresentam uma elevada dependência na realização das atividades de vida diária (Carta Social, 2016). De referir que se entende por Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) aquelas que se relacionam com o autocuidado, nomeadamente, o banho, vestir-se, utilização de casa de banho, mobilidade, alimentação e continência.

Apesar de algumas respostas terem evoluído no sentido de serem capazes de prestar outros serviços para além dos que estão relacionados com as ABVD, ainda existe um longo trabalho pela frente. A evolução, no sentido de abarcar novos serviços, é mais reveladora nas respostas de ERPI e SAD: *“na ERPI têm ganho expressão os serviços de fisioterapia, psicologia e de cabeleireiro; no SAD, para além dos serviços de base, também já são disponibilizados em algumas respostas serviços de animação, acompanhamento dos utentes para resolução de assuntos pessoais e obrigações legais, reparações no domicílio e teleassistência”* (Carta Social, 2016 p.51). Ou seja, na globalidade, a variedade de serviços aumentou. Contudo, consideramos ser ainda necessário um trabalho intensivo para que seja possível equilibrar os serviços prestados de forma igualitária em todas as instituições.

Deste modo, a promoção de um envelhecimento ativo enquanto filosofia de intervenção marcou consideravelmente este fenómeno no que toca às repostas sociais implementadas e à forma como a própria sociedade o encara: inicialmente, a satisfação das necessidades básicas abarcava a totalidade dos serviços prestados pelos equipamentos sociais. Contudo, ao longo dos tempos, estes equipamentos foram progressivamente tornando-se sensíveis a outras necessidades, abrangendo um maior número de serviços prestados. É de salientar ainda que, quando abordamos o conceito das necessidades humanas, falamos essencialmente de *“um conjunto de condições de carência e privação claramente identificadas e de validade universal, inerentes à natureza do homem e para cuja resolução este tem potencialidades”* (Idáñez,& Ander Egg, 2007,p.31) Por outras palavras, a necessidade encontra-se no vazio entre aquilo que existe e o que se pretende e deseja que exista (Serrano, 2008).

As carências sentidas ao nível da saúde não estão, todavia, isoladas, devendo ser interligadas com as necessidades sociais dos indivíduos. Se analisarmos a pirâmide de Maslow – onde estão evidenciadas as necessidades dos indivíduos tendo em conta a sua realização pessoal - verificamos que para além das necessidades fisiológicas (tais como comer, dormir ou beber), o sujeito apresenta necessidades de segurança (com o seu corpo ou com o local onde se encontra), necessidades sociais (como ter amigos, família ou companheiros), necessidades de valorização pessoal (autoestima, confiança, respeito por si e pelos outros) e, por fim, no topo da pirâmide, as necessidades de autorrealização (busca pela sua vontade e interesses) (Maslow, 1970).

Neste sentido, entendemos que a referida pirâmide é uma mais-valia para os equipamentos sociais devendo, por isso, ser utilizada e apreciada pelos mesmos. Consideramos que, através dela, os respetivos equipamentos não se limitarão à prestação de serviços básicos centrados

nas ABVD, pelo contrário, tenderão a valorizar as sociabilidades e a realização pessoal do indivíduo idoso.

Por fim, também a animação sociocultural se revela uma ferramenta útil e eficaz para responder a uma maior variedade de necessidades dos indivíduos e, consequentemente, melhorar os serviços prestados. A animação não pode ser encarada somente como uma forma de os idosos passarem o tempo, mas antes como uma via de ação com finalidade de *“estimular as capacidades intelectuais, físico-motoras e culturais dos idosos, baseando-se na distração, na ludicidade, no prazer, e satisfação em participar”* (Martins, 2013 p.272)

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO: A ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SOCIAL

A investigação-ação é um conceito que não gera consenso entre os diversos autores. Tal como Guerra (2000) salienta, este termo distingue-se pela sua especial complexidade e dualidade. Ainda assim, e perante as diferentes definições que Guerra (2000) confere, é possível perceber que a investigação – ação fornece à pessoa objeto de investigação um certo protagonismo, tornando-a parte ativa dessa mesma investigação. Ou seja, o ator não é visto como um elemento inativo, mas antes como um sujeito que participa ativamente na investigação (Guerra, 2000).

No âmbito da gerontologia social e do trabalho com idosos, a utilização desta metodologia de intervenção permite combater situações de vulnerabilidade, tendo em consideração as vontades e interesses dos idosos. Esta metodologia impõe um “projeto de ação”, o qual é integrado por “estratégias de ação” que os gerontólogos sociais adotam consoante as necessidades concretas e casuais. Ainda, esta metodologia incorpora várias fases que se desenvolvem de um modo contínuo: observação, reflexão, planificação e ação. Este conjunto de procedimentos sucede-se de forma circular.

Segundo Esteves (1990), o objectivo desta metodologia é produzir conhecimento sobre o objeto da investigação. Além disso, através da intervenção que se pressupõe que ocorra, com esta metodologia pretende-se introduzir mudanças e mostrar soluções para um problema que é elencado inicialmente. Este autor refere ainda que não se pode confundir investigação-ação participativa com observação participante. Enquanto a modalidade de investigação tem como intuito produzir mudanças no objeto em análise, a observação participante não pretende levar a bom porto qualquer mudança, sendo que quando esta ocorre é intitulada de “efeitos colaterais” (Esteves, 1990). A capacidade de resistência que os idosos apresentam relativamente à mudança assume-se, muitas vezes, como uma força inderrotável. No entanto, enquanto a mudança for somente um interesse de técnicos e dirigentes dificilmente se conseguirá uma intervenção bem sucedida e eficaz. Pelo contrário, se este trabalho for realizado em conjunto com os idosos, sendo-lhes explicado detalhadamente aquilo que se pretende alterar e solicitando a opinião dos mesmos, a intervenção terá uma maior margem de sucesso.

Tal como já foi evidenciado, com esta metodologia de investigação pretende-se que exista um processo sistemático de aprendizagem social onde são parte integrante todos os agentes, quer aquele que investiga, quer o público-alvo. Assim, é através de uma participação

e interação entre todos os atores que se consegue uma melhor aprendizagem, na medida em que todos estão ativamente presentes na resolução dos seus problemas e não intemporalmente à espera de soluções viáveis. (Esteves, 1990).

Por outro lado, para além da sua complexidade, esta metodologia possui ainda um carácter coletivo. Esta característica exige a participação de um diversificado número de atores sociais que integram o próprio tecido social. Esta vertente coletiva apenas pode ser acionada por quem realiza a investigação e se a rede de atores assim o permitir, pois só assim se conseguem desenvolver as parcerias (Esteves, 1990).

Tal situação, para quem se encontra num equipamento social, é preponderante para fomentar e intensificar as redes relacionais daqueles atores. A vulnerabilidade e o isolamento social constituem uma das características do processo de envelhecimento, o que pode ser atenuado com a entrada e participação ativa destes atores num projeto de intervenção, privilegiando-se o contexto em que os idosos se encontram.

Assim, consideramos que num projeto social é fundamental a participação dos intervenientes, para que seja um projeto com as pessoas e não para as pessoas. O segredo do êxito destes projetos reside no envolvimento e na intervenção ativa e direta dos indivíduos nas atividades que se pretendem desenvolver. Deste modo, entendemos que a investigação-ação é uma metodologia que pode ser integrada em qualquer projeto. No que concerne ao trabalho social, esta metodologia adequa-se, pois, um dos seus pressupostos é a transformação da realidade, colocando as pessoas no centro da ação com o propósito de desenvolverem certas capacidades e resolverem os seus próprios problemas (Esteves, 1990). A entrada destes atores no processo é essencial para a aquisição, promoção e estimulação de competência, até porque, atualmente, a aprendizagem é encarada como um dos principais pilares para um envelhecimento ativo.

O trabalho de investigação com atores sociais que implique mudanças deve privilegiar uma análise constante. Para tal, o interventor/investigador deve explorar e analisar todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo, não deixando de parte eventuais desvios processados por razões exógenas, pelo contrário, estes devem ser tidos em conta para proceder a reajustes na investigação do problema. Deste modo, esta metodologia é importante pois, na sua génese, possui um carácter cíclico que auxilia essa análise.

No que diz respeito à gerontologia propriamente dita, consideramos esta metodologia de investigação uma mais-valia para a população idosa, na medida em que permite trabalhar com os idosos e não para os idosos. Tal significa que a velhice não é sinónimo de inutilidade e de perdas de capacidades pessoais. Pelo contrário, no trabalho com idosos é crucial perceber

as suas vontades, desejos e opiniões, conferindo-lhes uma voz ativa nos processos de mudança e tornando-os parte integrante dessa mesma mudança. Este posicionamento ativo revelar-se-á extremamente importante a nível pessoal pois, para além da aprendizagem, sentir-se-ão valorizados pela comunidade, sentimento, este crucial para o processo de envelhecimento.

O diagnóstico ou análise de necessidades consiste na ação participada que recorre a variadíssimas e distintas técnicas de pesquisa para conhecer e analisar a realidade. Assim, o diagnóstico não se cinge à identificação do problema, pelo contrário, procura perceber não só as vulnerabilidades como também os recursos e potencialidades que existem no local onde se pretende intervir (Guerra, 2000).

Para realizarmos um projeto, seja ele de que natureza for, temos de passar por diferentes etapas. A primeira fase consiste na existência de uma vontade e na verificação dos recursos existentes para a realização do projeto. A segunda, sendo esta de extrema importância para a realização de qualquer projeto, compreende a análise da situação em causa e a execução de um diagnóstico. A terceira centra-se no desenho das ações, ou mais propriamente, no desenho do plano de atividades. Por último, temos a fase da divulgação, realização e avaliação do projeto executado (Guerra, 2000).

No presente trabalho, aprofundaremos e dedicaremos esforços na segunda fase referida, ou seja, no diagnóstico. Este traduz-se num processo de investigação-ação participada, no qual podem ser utilizadas algumas técnicas de pesquisa para a recolha de dados (Guerra, 2000). De acordo com Costa (2009, p. 132), o investigador quando está no terreno “*observa os locais, os objetos e símbolos, observa as pessoas, as atividades, os comportamentos, as interações verbais, as maneiras de fazer, de estar e de dizer, observa as situações, os ritmos, os comportamentos*”. Daí ser essencial utilizar técnicas distintas no conhecimento da realidade, na medida em que estas possibilitam a recolha de várias informações sobre a realidade social que se pretende observar e avaliar (Costa, 2009).

Ander Egg & Idáñez (2007) referem ainda que o diagnóstico tem como objetivo primordial obter informações necessárias e importantes para que se possa organizar e elaborar ações com maior clareza e precisão. Além disso, permite, ao autor, obter uma melhor perceção da situação existente e definir estratégias passíveis de serem utilizadas na elaboração de um projeto.

Relativamente ao trabalho com idosos, a importância do diagnóstico não é exceção. De facto, este método revela-se fundamental, motivando um conhecimento mais rigoroso da pessoa, nomeadamente, das suas necessidades, problemas e potencialidades.

Para o desenvolvimento de um projeto de intervenção tendo como objeto a população de uma estrutura residencial, é extremamente importante realizar um diagnóstico social dos indivíduos para, de certo modo, compreender a realidade social da estrutura em causa. Posto isto, consideramos que para a realização de qualquer projeto de ordem social é determinante a obtenção de conhecimento rigoroso sobre o público-alvo. Só através desse conhecimento será possível identificar os problemas, as causas, e encontrar-lhes solução.

Assim, seguidamente, apresentaremos a caracterização aprofundada dos idosos que integram o Centro Social e Paroquial de Terroso, mais concretamente, as respostas sociais de Centro De Dia e Estrutura Residencial Para Idosos.

2.1 - Técnicas de recolha e de Tratamento da informação e para a elaboração de Diagnóstico

A caracterização sociodemográfica dos idosos das duas respostas sociais identificadas provém de informação obtida por conversas intencionais realizadas com os idosos, da análise documental, nomeadamente, dos Processos Individuais (PI), de informações recolhidas junto da equipa técnica e, ainda, da aplicação de escalas avaliativas.

Relativamente às técnicas mencionadas anteriormente para a recolha de informação, substituímos a entrevista estruturada pelas conversas intencionais, pois consideramos que através desta última técnica conseguiríamos criar uma relação de empatia e de confiança com os idosos, mais favorável. De facto, desde o primeiro contacto, percebemos que as conversas despertavam maior interesse na comunidade da estrutura em causa, manifestando disponibilidade e abertura para abordar certos assuntos e acontecimentos marcantes das suas vidas. Por outro lado, nestas conversas, os idosos sentiam-se valorizados e acompanhados pela escuta ativa. Assim, a aplicação desta técnica revelou-se extremamente útil para o presente trabalho, pois conseguimos avaliar e interpretar as trajetórias de vida, histórias, opiniões, interesses e desejos, conhecimentos cruciais para o desenho de um projeto de intervenção. Esta técnica possibilitou, ainda, a clarificação de certos conceitos ou temas específicos, na medida em que é algo dirigido a alguém com pertinência intencional (Coutinho, 2013). Desta forma, e tendo em conta o sucesso obtido com a referida técnica, consideremos que seria interessante a realização de um guião orientador para as conversas intencionais, facilitando a obtenção de elementos específicos e caracterizadores de cada idoso. (apêndice 1)

Dos dados obtidos, concluímos que nestas repostas sociais se encontram sessenta e dois idosos, sendo que vinte e sete integram a resposta de Centro de Dia (CD) e cerca de 35 a

Estrutura Residencial, vulgo, Lar. Estes dados sociodemográficos baseiam-se na idade dos idosos, na sua naturalidade, na residência atual e na sua trajetória de vida.

Foram ainda recolhidos elementos relativos à vida profissional, mais concretamente, se ainda desempenham algum trabalho, qual a profissão exercida e a respetiva entidade patronal. Os dados habitacionais foram outro ponto sobre o qual incidiu a nossa análise e através dos quais conhecemos o agregado familiar, com quem os idosos residem (mais direcionado para os que integram o Centro de Dia) ou se têm casa própria. Ainda, os rendimentos declarados foram igualmente objeto de análise. Ao consultar os PI recolhemos informações acerca das reformas e das mensalidades dos utentes, entre outros aspetos que consideramos ter relevância. Outra técnica utilizada e que permitiu conhecer o funcionamento da instituição e analisar os planos individuais dos idosos foi a análise documental. A intervenção numa realidade desconhecida passa por momentos de investigação e interpretação, sendo a análise documental uma técnica importante neste processo. Esta implica a leitura de documentos, regulamentos ou outras fontes relevantes para a obtenção de informação, permitindo a aquisição de um conhecimento mais claro acerca da realidade (Coutinho, 2013).

Além disso, outra técnica utilizada consistiu na observação participante, a qual implica um contato direto com os indivíduos e com as situações do quotidiano, envolvendo profundamente o investigador (Costa, 2009). Tal como Almeida & Pinto (1990) referem, a observação participante tem uma característica diferencial relativamente às outras técnicas, permitindo ao investigador/observador a inclusão no grupo que está a ser observado e conduzindo a uma análise mais intensiva. Como tal, a técnica referida revelou-se um instrumento indispensável na análise da realidade social, em especial das relações entre os idosos, das relações dos idosos e os diferentes elementos da equipa técnica, da participação nas atividades, da forma como os serviços são prestados, e ainda, da valorização e atendimento das vontades e desejos dos idosos. Por outro lado, a componente participativa desta técnica permitiu-nos participar nas diferentes rotinas da instituição. Assim sendo, a escolha desta técnica permitiu-nos ter um contacto direto com a realidade e, fundamentalmente, participar em parceria com os atores sociais no quotidiano da mesma nas diferentes atividades e rotinas da instituição. Tal como aconteceu com as conversas intencionais, a observação participante também se serviu do guião de observação anterior identificado como forma de orientar e direcionar a nossa observação.

Na realidade que é objeto de análise e na qual pretendemos intervir, a aplicação destas técnicas é, como vimos, essencial, pois só assim conseguimos obter uma base segura e sustentada de informações/dados para a construção do diagnóstico e, posteriormente, de um projeto. Por outro lado, como já foi referido, a intensificação e criação de laços e momentos de envolvimento são alguns dos aspetos que surgem com a aplicação destas técnicas.

CAPÍTULO 3 - DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL DOS IDOSOS

3.1 - Caracterização Sociodemográfica

Tabela 1-Idade dos Idosos de ERPI

Idade	Número de elementos
40-50	1
50-60	1
61-70	1
71-80	9
81-90	20
91-100	3

Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – PI

Tabela 2 – Idade dos Idosos de CD

Idade	Número de elementos
51-60	1
61-70	4
71-80	9
81-90	12
91-100	1

Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental PI

Nas duas repostas sociais existem, ao todo, cerca de 47 mulheres e 15 homens. Deste modo, é perceptível uma assimetria na distribuição dos indivíduos no que respeita ao sexo, uma vez que há uma predominância evidente dos elementos do sexo feminino: a feminização do envelhecimento.

Estreitamente relacionado com este facto está a questão da idade. Neste ponto, apesar de haver uma disparidade de valores, a população na faixa etária dos 80 anos é a regra em ambas as respostas sociais. No entanto, há que ter em consideração que as estruturas residenciais são mais frequentadas por idosos com 80 anos ou mais, comparativamente à resposta de Centro de Dia na qual a adesão é maior no que toca a idosos com idades abaixo da faixa etária dos 80 anos (Carta Social, 2016). Os dados provenientes da carta social revelam que 50% das pessoas que frequentam as respostas de Centro de dia têm idade inferior a 80 anos. Em contrapartida, a estrutura residencial é representada por cerca de 72% de idosos que

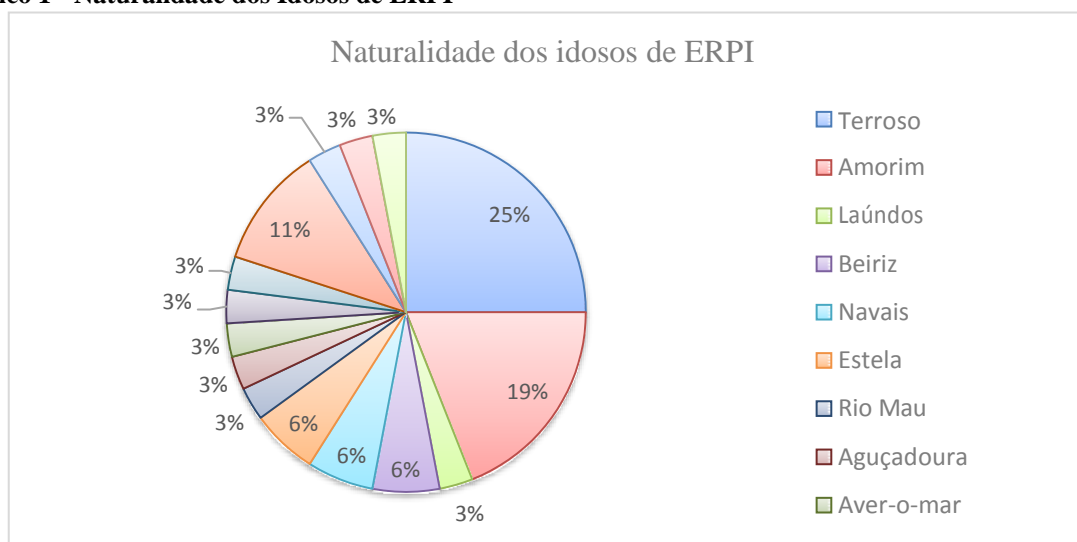
pertencem à faixa etária acima dos 80 anos (Carta Social, 2016). Os dados reativos às respostas sociais em análise acompanham a tendência nacional.

Tal como exprimem os dados do INE (2017), as mulheres têm uma esperança média de vida superior aos elementos do sexo masculino, sendo que para elas ronda os 83.23 anos e para eles os 77.36 anos. Em termos de estimativas realizadas, o INE prevê que esta tendência tende a aumentar para os 88. 61 anos no sexo masculino e para os 93.18 anos no sexo feminino (INE, 2017). Tal tendência de crescimento vem sendo verificada há vários anos: em 1991, a esperança média de vida era de 70.5 anos; já em 2001, era de 73. 6 anos e em 2011 de 77.3 anos.

Na análise e caracterização realizada aos idosos de centro de dia, incluem-se também aqueles que estão inscritos na resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário e que, contudo, frequentam o centro de dia. Devido à forte possibilidade de integrarem um futuro projeto a realizar, consideramos que faria sentido inseri-los neste exercício de caracterização da população.

Há ainda uma característica particular que deve ser mencionada. Ao analisarmos as tabelas referentes às idades, devemos salientar a existência de dois indivíduos com idades compreendidas entre os 40-50 anos e os 50-60 anos. Referem-se a dois elementos do sexo feminino que se encontram na instituição por apresentarem graves problemas de saúde, nomeadamente, esclerose múltipla e uma paralisia cerebral, respetivamente

Gráfico 1 - Naturalidade dos Idosos de ERPI



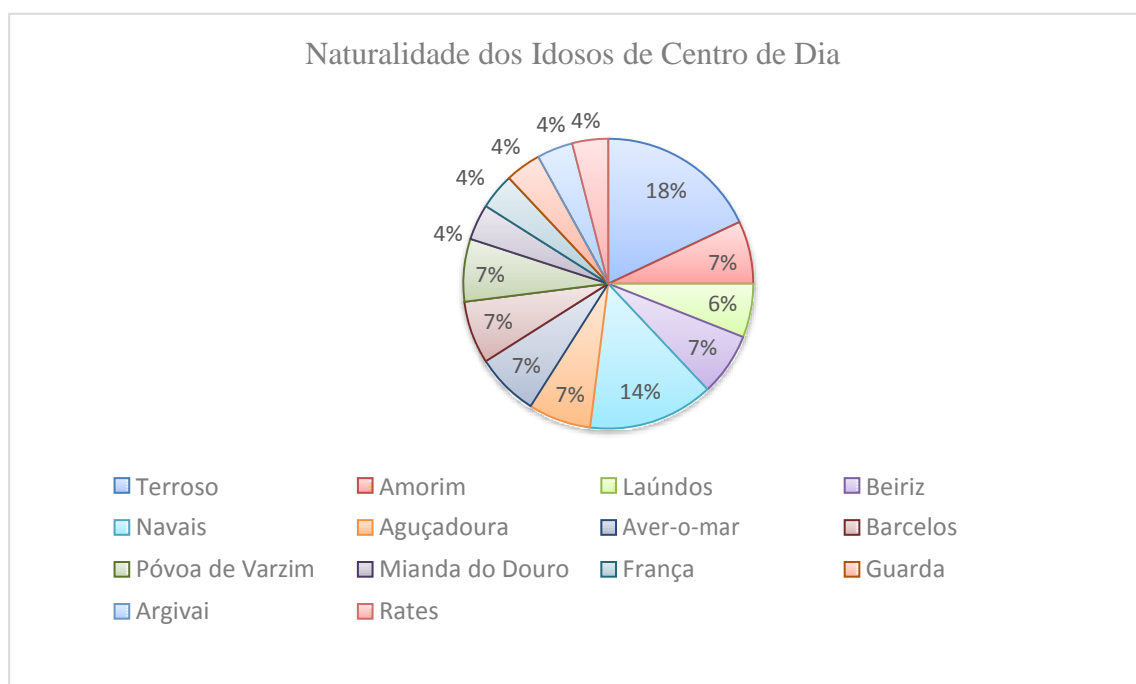
Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

No que concerne à naturalidade dos idosos, na sua grande maioria, quer os de ERPI quer os de CD, são naturais da freguesia de Terroso. Tal como espelham os gráficos, é possível constatar que cerca de 25% dos idosos de ERPI (gráfico 1) e cerca de 18% dos

idosos de CD (gráfico 2) pertencem igualmente à mesma freguesia. Em conversas estabelecidas com os mesmos, foi perceptível que a escolha dos equipamentos sociais remete para a vontade de “viver na terra onde nasceram” e onde um dia desejam morrer. Tal como uma das idosas visadas referiu: “aqui nasci e fui criada, por isso quero morrer aqui, na minha terra.” (Idosa C).

Para além disso, outras razões para a inserção em respostas sociais na freguesia centram-se no facto de já conhecerem outros idosos e, assim, não se sentirem tão isolados. No entanto, existem também idosos de freguesias distintas, nomeadamente, de Amorim e Póvoa de Varzim, na valência de ERPI, com 19% e 11%, respetivamente. Já em CD, cerca de 14% dos idosos provêm da freguesia de Navais.

Gráfico 2 - Naturalidade dos idosos de Centro de Dia



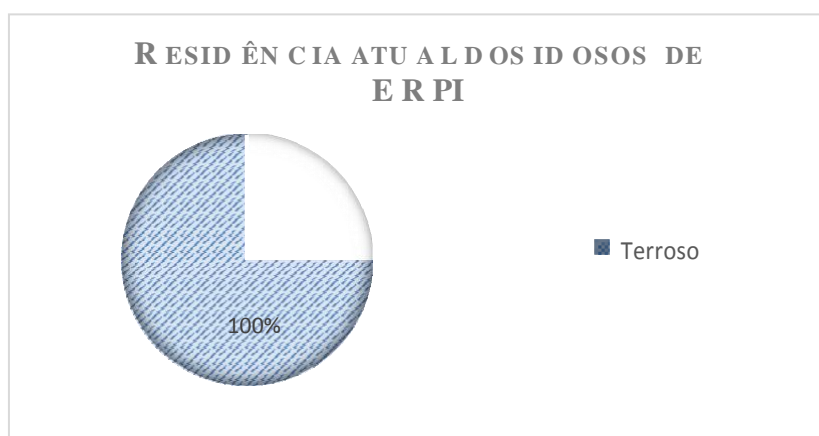
Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental e Conversas Intencionais

Ambos os gráficos provam que, na sua maioria, os idosos são provenientes de freguesias da cidade da Póvoa de Varzim. Este facto evidencia um enraizamento da população neste território. A inserção dos idosos em áreas por ele conhecidas é uma mais-valia para estes indivíduos, pois permite uma melhor integração nas respostas sociais. Por outro lado, o facto de ser um concelho pequeno possibilita que existam laços antigos entre os idosos utilizadores, permitindo uma mais fácil adaptação a estas respostas. Até porque as pessoas mais idosas ficam, em regra, progressivamente mais sensíveis, não condescendendo tão

levemente a mudanças. Neste momento da vida dos idosos o mais importante é o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, daí ser importantes que estes equipamentos tenham capacidade para adaptarem e integrarem os idosos no dia-a-dia das respostas sociais.

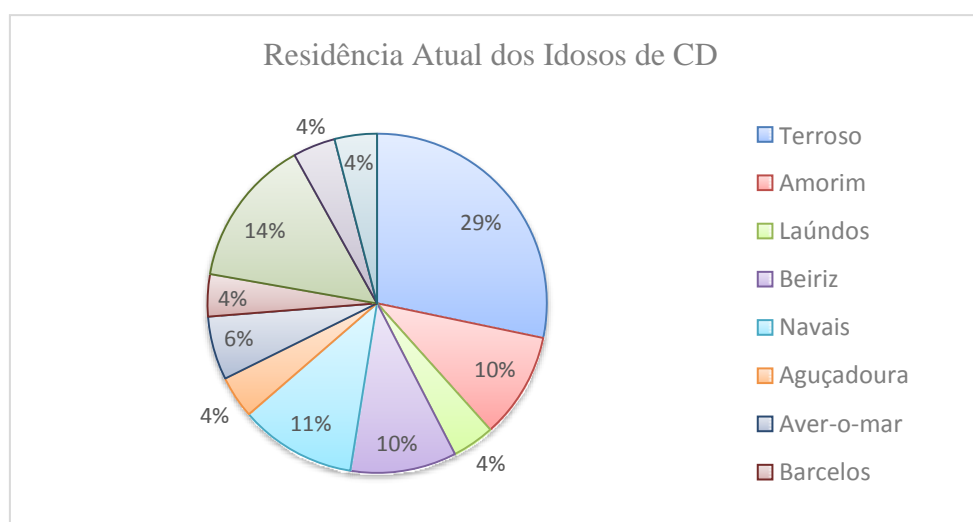
Contudo, há alguns idosos que provêm de zonas mais afastadas, nomeadamente, Gaia, Guarda ou Barcelos, por exemplo. Estes idosos nasceram nestas cidades porém, por terem exercido funções durante a vida ativa ou se terem mudado para a terra do cônjuge ou familiares, vieram morar para esta área de residência e, assim, escolherem as respostas do CSPT.

Gráfico 3 - Residência Atual dos idosos de ERPI



Fonte: Informações obtidas através da Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Gráfico 4 - Residência Atual dos Idosos de Centro de Dia



Fonte: Informações obtidas através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

No que concerne aos idosos da estrutura residencial, verifica-se uma predominância total da residência atual corresponder à freguesia de Terroso, local da instituição. No entanto, os dados relativos aos idosos de CD já diferem um pouco. Assim, se analisarmos o gráfico 4,

verificamos que a residência atual dos idosos desta resposta são as freguesias do concelho da Póvoa de Varzim. Se compararmos a naturalidade com a residência atual dos indivíduos desta resposta, constatamos, como já evidenciamos, que houve, em alguns casos, deslocação dos meios onde nasceram e uma posterior fixação nestes locais, motivada quer por razões laborais quer por razões pessoais/familiares. Apesar desta situação, é de realçar que existe ainda um número considerável de idosos que se mantêm na freguesia de Terroso.

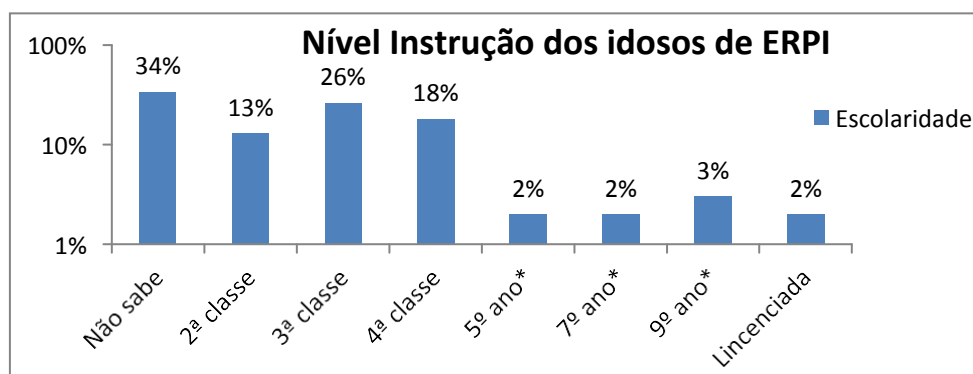
3.2 - Trajetos Profissionais dos idosos de CD e ERPI

3.2.1 - Nível Instrução dos idosos de CD e ERPI

Para melhor compreendermos este projeto de intervenção, consideramos pertinente investigar o grau de escolaridade dos idosos objeto do presente estudo. Da análise em causa, verificamos a existência de trajetórias escolares díspares. Todavia, é predominante o abandono precoce do ensino. Ainda, inferimos muitos idosos não sabe o seu nível de escolaridade, ou porque não se recordam ou simplesmente porque nunca frequentaram a escola. Grande parte dos idosos inquiridos viram-se obrigados a abandonar a escola ou mesmo impedidos de frequentá-la, motivados pelo exercício de funções laborais precoces. Entre as atividades laborais exercidas destacam-se, nomeadamente, as funções agrícolas, em fábricas, na construção civil, entre outros. Estes trabalhos serviam para auxiliar a sua família visto que os agregados eram bastante numerosos e havia falta de recursos económicos.

Posto isto, frequentar a escola e possuir uma instrução básica não eram de todo uma prioridade de vida destes indivíduos e das suas famílias, daí decorrendo o elevado nível de analfabetismo.

Gráfico 5 - Nível Instrução dos idosos de ERPI



Fonte: Informações obtidas através da Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

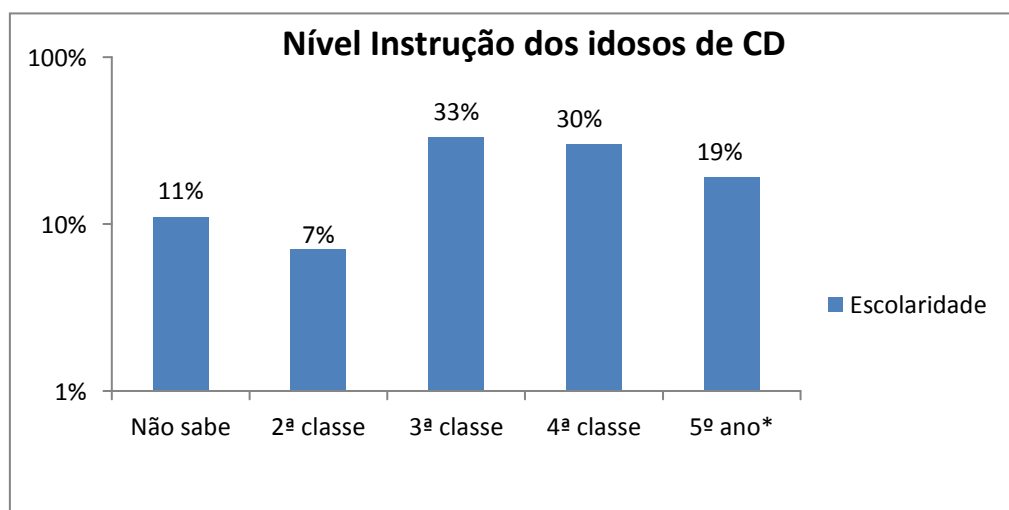
Os gráficos evidenciam o grau de escolaridade dos idosos inquiridos. No que concerne à estrutura residencial, os dados gráfico indicam que, na grande maioria, estes indivíduos

apenas possuem o ensino primário, ainda que não completo em muitas situações. Vejamos que somente 13% completaram a 2ª classe e 26% a 3ª classe, enquanto que a 4ª classe foi concluída por apenas 18% dos idosos desta resposta social. Poder-se-á, assim, concluir que unicamente 18% dos idosos possuem o ensino primário completo.

Além disso, e através da análise do gráfico, concluímos que 34% dos idosos são incapazes de determinar o seu grau de escolaridade. Trata-se de um número significativo, devendo-se a razões várias como as demências que afetam muitos idosos, agravado pelo facto de não possuírem qualquer informação no seu PI, impedindo precisar a sua escolaridade concreta e, ainda, por alguns idosos mencionarem que não se recordam: “Não sei, minha menina. Eu sei que andei na escola, mas não sei até quando...” (Idosa E).

Ainda, no gráfico relativo à resposta social de ERPI, a escolaridade dos idosos vai até à licenciatura, passando pelo 5º, 7º e 9º anos. Isto deve-se ao facto de alguns dos idosos visados serem provenientes de famílias com possibilidades financeiras, o que lhes permitiu dar continuidade aos seus estudos. Paralelamente, o facto de existirem idosos que frequentaram o exército faz com que o nível de escolaridade aumente, uma vez que para subirem de posto era condição necessária terem um certo nível de formação académica.

Gráfico 6 - Nível Instrução dos idosos de CD



Fonte: Informações obtidas da Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Relativamente, aos idosos de CD, a sua escolaridade assenta em níveis mais baixos, sendo o nível máximo o 5º ano. Após realizarmos algumas pesquisas, verificamos que, tal como acontecia na anterior resposta social, a escolaridade dos destes idosos, na sua grande maioria, não passa, em regra, do ensino primário. Destes, cerca de 7% dos idosos mencionaram que completaram a 2ª classe, 33% completaram a 3ª classe, 30% a 4ª classe e

19% o 5º ano. Ainda, averiguamos que cerca de 11% dos idosos afirmaram não se recordarem do seu nível de escolaridade.

Aliado à escolaridade, a literacia foi outro dos elementos de pesquisa que esteve presente neste processo de investigação e recolha de dados. Como tal, foi bastante perceptível que, apesar de terem frequentado a escola, muitos não sabem ler nem escrever. Vejamos que cerca de 22% dos idosos de CD não sabem ler nem escrever apesar de alguns terem frequentado a escola. Relativamente aos idosos da resposta social de ERPI, verificamos que 37% são analfabetos.

Neste sentido, e de acordo com os dados provenientes do INE, sabe-se que nos anos 70 e 80 o número de analfabetos no país rondava o valor de 1 milhão de pessoas, o que vem corroborar a realidade existente na nossa resposta social. No entanto, e apesar de no período referenciado o número de indivíduos analfabetos ser bastante elevado, nos anos que se seguiram assistiu-se a um decréscimo considerável desse número (PORDATA, 2015)

As razões motivadoras deste baixo índice de escolaridade centram-se na época em que os idosos viviam, na qual a obrigatoriedade do ensino fixava-se na quarta classe. Mais, as parcas condições económicas da maioria destes indivíduos motivada o abandono escolar. Entre conversas com os idosos, foi ainda evidente que enquanto alguns não gostavam de frequentar a escola e, por isso, desistiram mais cedo para irem trabalhar, outros até tinham vontade de continuar, mas os seus pais não permitiram pois não dispunham de condições económicas para tal.

3.2.2 Grupo profissional dos idosos CD e ERPI

Tabela 3 - Situação profissional dos idosos de ERPI

Grupo Profissional	Número de idosos
Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato (Tecedeira / costureira)	4
Trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado (Agricultores)	9
Construção civil -Trabalhadores qualificada da construção e similares, excepto eletricitista	2
Trabalhadores da transformação de alimentos, da	3

madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato (Carpinteiro)	
Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares	2
Telefonista	1
Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato (Operário fabril)	2
Sargentos das Forças Armadas	1
Auxiliar Educativo -Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores – Auxiliares de educadores de infância e de professores	1
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos dirigentes, diretores e gestores executivos - diretores de serviços administrativos e comerciais. (Empregado administrativo)	1

Fonte: Informações obtidas da classificação portuguesa das profissões do INE (2010), Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Condição perante o trabalho dos idosos de ERPI

Doméstica	9
Exerceram Profissão	22

A vida profissional é uma das etapas e fases mais marcantes da vida de cada um. O trajeto profissional dos indivíduos é uma componente importante na construção da personalidade, identidade do ser humano enquanto parte integrante da sociedade/comunidade. Ainda, possibilita a construção de relações e interações sociais. Explorar e avaliar a situação profissional de cada idoso passa por abordar vários factores, nomeadamente, o tipo de profissão, o vínculo laboral, ou seja, se trabalhava por conta própria ou por conta de outrem, e a condição e situação perante a profissão.

Neste sentido, a tabela¹ anterior expõe a distribuição dos idosos de acordo com o grupo profissional a que pertenceram, tendo por base a principal profissão que desempenharam durante a vida.

¹ As tabelas apresentadas foram organizadas de acordo com a classificação portuguesa das profissões do INE (2010).

Quanto à resposta social de ERPI, verifica-se que a categoria profissional “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado”, que diz respeito às profissões do meio rural, assume destaque, sendo que cerca de 9 idosos desenvolveram esta profissão ao longo da sua vida. Como tal, o facto de muitos habitarem numa freguesia cuja principal atividade económica é a agricultura consiste um aspeto preponderante para esta ser a profissão desempenhada por um maior número de idosos. Ainda, o facto de os seus familiares trabalharem no meio rural conduz à inserção quase que obrigatória dos seus filhos/sobrinhos nas atividades agrícolas: “a vida era muito complicada, tínhamos de trabalhar no que havia” (idoso A).

Por outro lado, verificamos que alguns dos elementos do sexo feminino não se inserem nos grupos profissionais mencionados, identificando-se como “trabalhadores domésticas”. Ou seja, durante o período de atividade, ocupavam-se das tarefas domésticas e de aspetos ligados ao ambiente familiar. A predominância destas situações deve-se ao facto de, nesses tempos, a mulher ocupar uma posição passiva perante a sociedade, não estando autorizada a trabalhar fora e ter como única função as tarefas domésticas e as responsabilidades familiares como, por exemplo, a educação dos filhos: “menina, o meu marido dizia que eu tinha muitos filhos para criar e tinha de cuidar da casa (Idosa L)”, “tratar da casa dava muito trabalho, depois o meu homem chegava e tinha de ter tudo feito (Idosa M)”, “tive 8 filhos, não podia fazer outras coisas” (Idosa C).

Para além de cuidarem do lar, contam que desenvolviam uma agricultura de subsistência. Nesta época, esta atividade funcionava como um meio subsistência alimentar para muitas famílias ou, até mesmo, como fonte de rendimento pois os produtos cultivados excedentes eram, muitas vezes, vendidos.

Além dos agricultores, os “Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato” são outro grupo profissional bastante numeroso. Deste modo, verifica-se que 4 idosos trabalharam neste ramo profissional, nomeadamente, na transformação do vestuário e artesanato (vulgo, como tecedeiras/ costureiras), enquanto outros 3 idosos se dedicaram ao trabalho de transformação da madeira (ou, carpinteiros). Também os operários fabris se inserem na mesma categoria das tecedeiras/costureiras, tendo 2 idosos desempenhado essas funções no decorrer da sua vida laboral. Ainda, temos 2 elementos que integram o leque de “Trabalhadores qualificados da construção e similares”, mais propriamente da construção civil.

Posto isto, verificamos que os idosos da estrutura residencial exerceram profissões precárias e desvalorizadas socialmente auferindo, por consequência, baixos salários. A falta

de oportunidades para prosseguirem os estudos motivou a precariedade das funções desempenhadas, submetendo-se a baixos rendimentos.

Além disso, e tal como se pode inferir pela análise da tabela 3, existe um grupo de idosos que revela ter tido acesso a melhores oportunidade de vida e desempenhado funções qualificadas: 1 idoso ocupou um cargo de Sargento das Forças Armadas; 1 outro idoso exerceu funções nos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores; 1 desempenhou a atividade de Auxiliar de educadores de infância e de professores; 2 prestaram cuidados de saúde pessoais e similares como governantas ou camareiras; 1 ocupava o cargo de empregado administrativo de representantes do poder legislativo e de órgãos executivos dirigentes, diretores e gestores executivos - Diretores de serviços administrativos e comerciais; e, por fim, 1 desempenhou a função de telefonista. De facto, e tendo em conta a época temporal a que o exercício destas funções remonta, podemos afirmar que estes idosos desempenharam funções de relevo, sendo até uma exceção. Naquele período, a generalidade dos indivíduos ocupava funções precárias, tal como referimos anteriormente. Quem, pelo contrário, exercia este tipo de atividades era, inevitavelmente, reconhecido e valorizado pela sociedade, em particular nos meios pequenos como é o caso deste concelho. Por consequência, estes grupos profissionais, de cariz residual, auferiam salários mais elevados e apresentavam condições de vida consideravelmente mais favoráveis. Como iremos analisar posteriormente, estes idosos com rendimentos mais elevados são hoje possuidores de reformas igualmente superiores.

Tabela 4- Situação profissional dos idosos de Centro de Dia

Grupos Profissional²	Número de idosos
Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato (Costureira)	5
Trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado (Agricultores)	11
Trabalhadores qualificados da construção e similares, excepto eletricitista (Construção civil)	2
Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares (Governanta)	2
Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato (Operário fabril)	5

Fonte: Informações obtidas da classificação portuguesa das profissões do INE (2010), Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

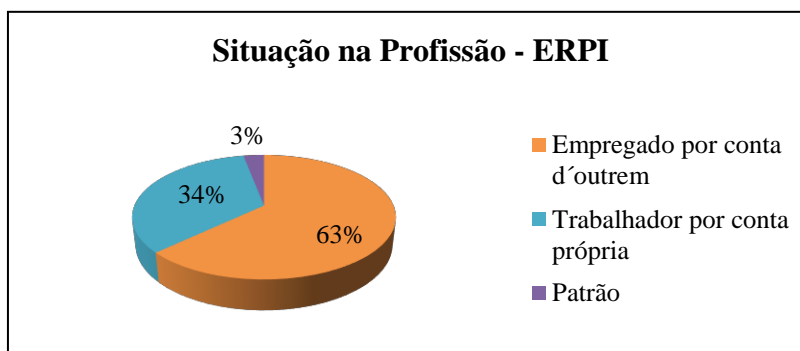
² As tabelas apresentadas foram organizadas de acordo com a classificação portuguesa das profissões do INE (2010).

Condição perante o trabalho dos idosos de CD

Doméstica	2
Exerceram profissão	25

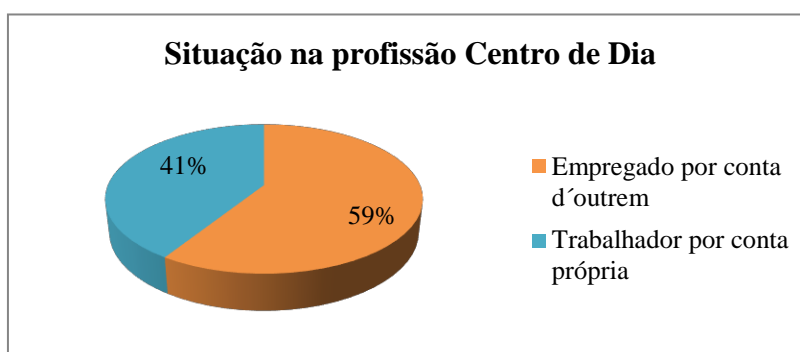
Os idosos da resposta social de Centro de Dia apresentam resultados em certa parte similares aos da ERPI. Relativamente aos grupos de profissionais, destacamos em primeiro lugar os “trabalhadores qualificados da agricultura”, representados por 11 idosos. De seguida, o quadro remete-nos para o trabalho de vários operários fabris que desempenharam as suas funções em indústrias distintas, de entre as quais se salienta a indústria da pesca, a indústria da costura ou a indústria do artesanato ou até alimentar. A atividade da costura, exercida por estes idosos, não se cingia apenas à desenvolvida nas fábricas. As senhoras costuravam de forma artesanal para a população da zona, longe dos grandes equipamentos, sendo proprietárias das suas próprias máquinas. O setor da construção civil volta novamente a ser mencionado, sendo que 2 idosos foram trabalhadores qualificados da construção e similares. Por fim, temos duas pessoas que desempenharam funções relacionadas com os cuidados pessoais ou similares. A condição perante o trabalho de doméstica é novamente referida pelos idosos, embora agora seja em menor número, somente 2 pessoas assumem esta condição.

Gráfico 7 - Situação na profissão dos idosos de ERPI



Fonte: Informação obtida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Gráfico 8 - Situação na profissão dos idosos de Centro de Dia

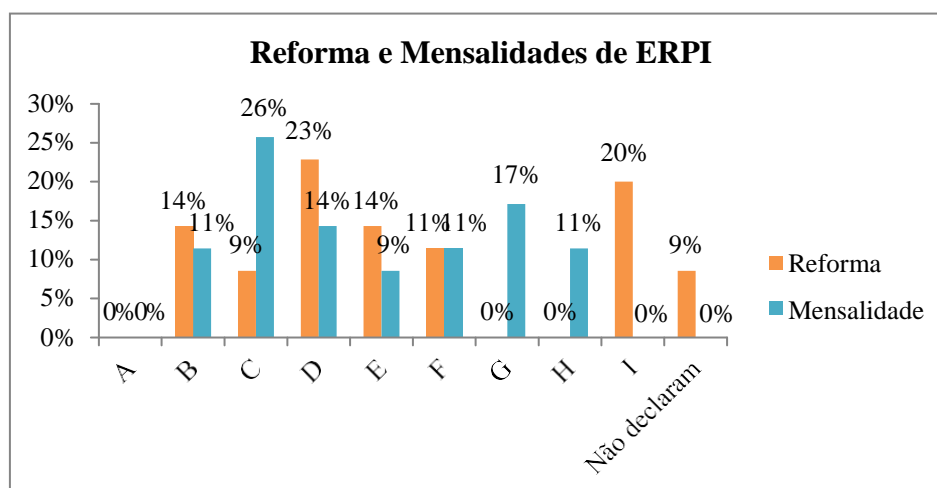


Fonte: Informação obtida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Analisados os grupos profissionais, torna-se importante perceber qual o vínculo laboral que mantinham com a entidade empregadora. Nos dois gráficos acima identificados, confirmamos que a grande maioria dos intervenientes visados das duas respostas sociais exerceram funções por conta de outrem. A estes idosos foram limitadas as oportunidades de progressão nas respetivas carreiras e, consequentemente, de aumentaram os seus rendimentos. Mesmo na atividade agrícola, tal facto ocorria. Os idosos trabalhavam nos campos de outros, contribuindo com mão-de-obra para obterem, em troca, rendimentos para a sua subsistência. Em contrapartida, e apesar de ser um valor consideravelmente mais pequeno, existem idosos que exerceram profissões por conta própria, quer ao nível de atividades agrícolas, quer por desempenharem atividades de costura. Por fim, é de realçar que existe apenas um idoso na condição de patrão, nomeadamente, uma idosa antiga proprietária de um estabelecimento.

3.3.3 – Rendimentos

Gráfico 9 - Reformas e Mensalidades dos idosos de ERPI



Fonte: Informação recolhida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Tabela 5 – Categorias e valores das reformas e mensalidades dos idosos

Categorias	Valores
A	Até 200€ por mês
B	201€ a 400€ por mês
C	401€ a 500€ por mês
D	501 a 600€ por mês
E	601€ a 700€ por mês
F	701€ a 800€ por mês
G	801€ a 900€ por mês

H	901€ a 1000€ por mês
I	Mais de 1000€ por mês

Fonte: Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Após a análise documental e as conversas com a diretora técnica da instituição, verificamos que os rendimentos dos idosos são variáveis. Se analisarmos o gráfico da estrutura residencial, mais concretamente sobre o item da reforma dos idosos, percebe-se que os valores da pensão de velhice são muito similares, ou seja, não existe nenhum valor que se destaque de forma considerável. Contudo, a categoria D sobressai em relação às outras, com 23%, precedido da categoria I com 20%. As outras categorias apresentam valores inferiores, variando entre os 14% e os 9%. Relativamente à categoria que apresenta o valor de rendimento mais elevado poder-se-á dizer que estes idosos mantiveram ao longo da sua vida um emprego, em que o ordenado era bastante alto, o que, inevitavelmente, conduz a um valor da reforma igualmente elevado. Todavia, algumas das profissões destes idosos foram desenvolvidas fora do país e daí os valores serem efetivamente mais elevados. Ainda em relação aos valores mais elevados, outra explicação centra-se no facto de os idosos, mais particularmente os do sexo feminino, aliarem à sua reforma uma pensão de viuvez.

Em contrapartida, os rendimentos mais baixos poder ser condicionantes e vulnerabilizarem os indivíduos. Os gastos que os idosos, desta resposta social têm, são bastante elevados: desde a mensalidade, fraldas ou até medicação. Tendo por base o regulamento desta resposta, os custos da medicação, das fraldas ou de produtos de higiene pessoais não fornecidos pela instituição, não entram nas contas da mensalidade dos idosos, ou seja todos estes custos são pagos à parte. Neste sentido, segundo Lopes (2012), o facto de os valores das reformas serem baixos pode levar a uma maior propensão à exclusão social e à pobreza.

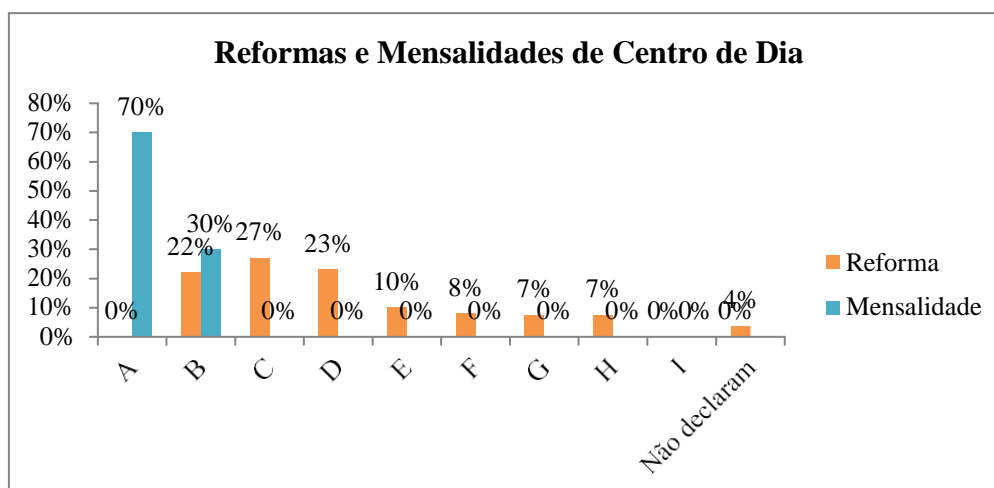
Relativamente aos indivíduos de Centro de Dia, os seus gastos são distintos em relação aos idosos que integrados a resposta social de ERPI. Os mesmos têm gastos com as contas da habitação (desde luz, água, gás) ou alimentação, gastos com medicação, com a prestação do CD e com outras situações que possam ocorrer. Enquanto para os de ERPI as suas despesas, na sua grande maioria, estão relacionadas com gastos com a prestação da ERPI e despesas com medicação, fraldas, fisioterapia entre outros.

Num olhar atento relativamente às reformas dos idosos vemos que são de uma forma geral bastante baixas. Isto deve-se aos trabalhos mais precários que a maioria dos idosos teve durante toda a sua vida, que resultava em baixos níveis salariais. Todavia, presencia-se ainda

certos indivíduos com valores de reformas consideravelmente altos, devendo-se este facto à condição profissional e familiar que sempre tiveram. Estes idosos que sempre tiveram boas condições económicas, já pertenciam a famílias com um certo poder monetário.

Como se pode verificar no gráfico o valor da mensalidade de ERPI de cerca de 45% dos idosos, assenta na categoria B, o que é uma mensalidade relativamente baixo. Contudo, existe um complemento pago pela família de cada idoso para auxiliar no pagamento da mensalidade.

Gráfico 10 - Reforma e Mensalidades de Centro de Dia



Fonte: Informação recolhida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

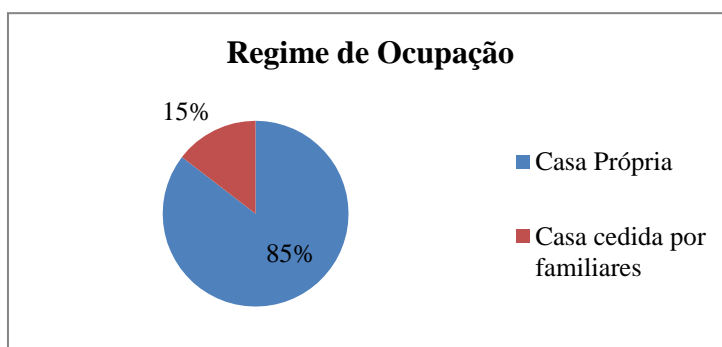
As mensalidades da resposta social de centro de dia são certamente mais baixas, pois o tipo de serviço em que o indivíduo está inserido é de igual modo distinto. De acordo com o gráfico, as mensalidades colocam um número significativo de idosos na categoria A, estipulando um valor a pagar máximo de 200€. No que diz respeito às reformas, verifica-se que a categoria D é aquela que assume um valor mais elevado, centrando-se na casa dos 22%, seguindo das C e B que representam, respetivamente, 18,51 e 14,8%. Tal situação volta a evidenciar as condições precárias ao nível económico, manifestadas por esta população.

Os gastos com medicação constituem uma condicionante, e um grave problema para os idosos na sociedade de hoje. As reformas mais baixas colocam os idosos numa situação de limiar de pobreza ou de exclusão. Este último desencadeia um conceito muito importante, o poder da privação como base da medição dos níveis de bem-estar dos idosos. Por privação entende-se *“a impossibilidade de obter os bens, equipamentos e oportunidades para participar da forma tida como apropriada na comunidade em que se está inserido e que constituirá o nível coletivamente aceite como nível mínimo de bem-estar”* (Lopes, 2010 p.

111) A privação ou carência de algo pode influenciar o bem-estar dos indivíduos pois inibe a sua participação na comunidade e consequentemente conduz à exclusão.

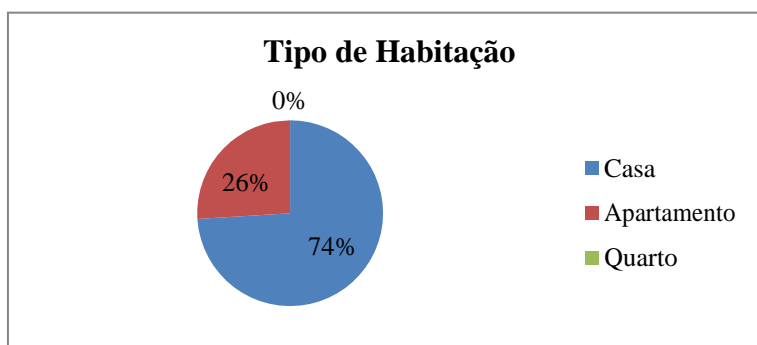
Relativamente às mensalidades, o cálculo das mesmas é feito consoante os serviços prestados na resposta e os seus rendimentos. Quanto aos serviços, estes podem ser: a estadia em centro de dia, o almoço, o jantar, participação nas atividades, o apoio psicossocial e administração terapêutica. Nesta resposta a categoria A assume uma predominância com 70% precedida da B com 30%.

Gráfico 11 - Regime de Ocupação dos idosos de CD



Fonte: Informação recolhida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Gráfico 12 - Tipo de Habitação dos idosos das respostas sociais de CD e ERPI



Fonte: Informação recolhida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Os idosos que frequentam a resposta social de ERPI, evidentemente já não se encontram a viver em suas casas, na medida em que estão institucionalizados numa estrutura residencial. No entanto, o tipo de habitação pode ser interpretado na medida em que muito idosos ainda têm casa própria apesar de já ninguém viver lá. Verificamos que cerca de 51% dos indivíduos idosos ainda tem uma casa da qual são proprietários. Deste número, existe alguns, ainda que poucos, que vão às suas casas de vez em quando, normalmente quando os seus filhos ou outros familiares vêm visitá-los e, consequentemente levam-nos a fazer-lhes uma visita.

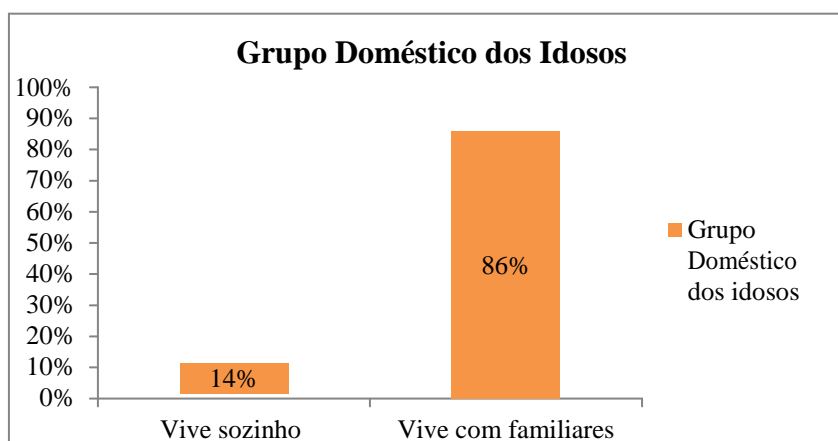
Um dos grandes objetivos de vida dos idosos era ser proprietário de uma casa. Antigamente o arrendamento de casas, apenas acontecia quando os idosos eram caseiros.

Deste modo, os gastos com as rendas não existiam o que facilitava na gestão dos recursos financeiros que eram precários, em algumas situações. A casa cedida por familiares aplica-se mais aos idosos de Centro de Dia, na medida em que encontram-se a viver numa habitação que não é a deles, mas antes de filhos, netos ou sobrinhos.

Em relação ao tipo de habitação, a moradia ganha, uma vez que como, na maioria dos idosos, habita nas freguesias, o tipo de habitação mais recorrentes são casas térreas, muitas delas com campos de cultivo à volta. As novas sociedades mais industrializadas e modernas levaram à construção de apartamentos e consequentemente à mobilização de pessoas para os centros das cidades ou periferias. Neste aspeto em particular, os idosos que vivem com os seus familiares foram “obrigados” a sair de casas térreas para viverem em apartamentos.

3.4 – Rede Relacional

Gráfico 13 - Composição do Grupo Doméstico dos Idosos de CD



Fonte: Informação recolhida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

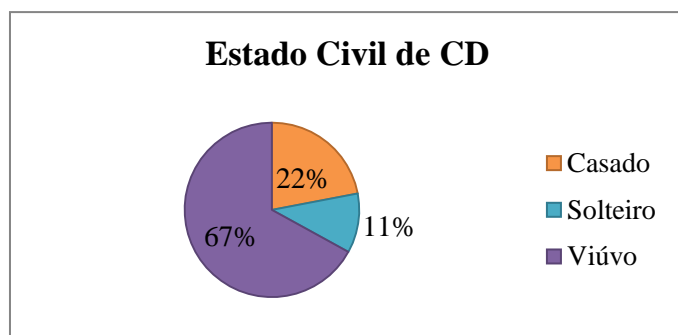
Antes de analisarmos o grupo doméstico dos idosos, é importante termos em consideração os tipos de famílias existentes, na medida em que estamos perante idosos de duas respostas sociais com características distintas.

Assim, distinguimos a família clássica da família institucional. Relativamente à família clássica, são distintos os núcleos familiares: pessoas que vivem isoladas, pessoas que vivem em conjunto com familiares (cônjuges, filhos ou outros) e, ainda, idosos que vivem em conjunto com outras pessoas, mas que não têm com elas qualquer laço familiar (por exemplo, amigos). Quanto à família institucional, destacamos as pessoas que vivem em conjunto com outras num mesmo alojamento, beneficiando dos serviços de uma instituição (Censos, 2011). Evidentemente, nas respostas sociais objeto de análise, os idosos da estrutura residencial inserem-se nas famílias institucionais. Já os idosos de Centro de Dia evidenciam situações diversificadas, sendo que cerca de 14% destes idosos vivem isolados. Contudo, e apesar de

não residirem diariamente com familiares, estes últimos mostram-se preocupados e estão presentes nas diferentes fases das suas vidas. Em contrapartida, com um valor bem mais significativo, 86% dos idosos vive com as suas famílias, sejam eles cônjuges, filhos ou sobrinhos. Todavia, pela observação efetuada, consideramos que a retaguarda familiar, nestes casos, em nada se assemelha à situação anterior. De facto, percebemos diversas situações que mostram que certos cuidados de saúde, tais como fazer o controlo da glicemia, administração da medicação aos fins de semana não se encontravam assegurados, condicionado o quotidiano destes indivíduos.

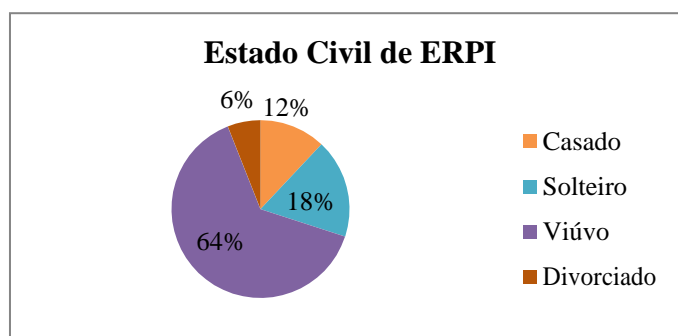
A rede relacional dos idosos vai sendo construída ao longo da vida, sendo a mesma imprescindível para o desenvolvimento da sua personalidade, inclusão na sociedade e, principalmente, para o seu bem-estar. Como Araújo & Melo (2011) referem, o envelhecimento deve privilegiar por fomentar as relações sociais, pois estas irão promover a plenitude e o preenchimento do quotidiano do indivíduo idoso. Ainda, as relações familiares e de amizade devem ser preservadas, visto que os idosos serão mais felizes se mantiverem próximos de si pessoas em quem confiam e com quem podem partilhar pensamentos e sentimentos e passar momentos agradáveis (Araújo & Melo, 2011).

Gráfico 14 - Estado civil dos idosos de CD



Fonte: Informação recolhida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Gráfico 15 - Estado civil dos idosos de ERPI



Fonte: Informação recolhida através de Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

Com base nas conversas intencionais, tornou-se evidente que a rede de sociabilidade dos idosos centra-se no cônjuge, filhos, pais, netos, irmãos, sobrinhos, vizinhos e amigos.

Deste modo, o que se pretende verificar é o estado em que se encontram os laços afetivos e funcionais das estruturas familiares dos idosos. Para tal, nos diálogos estabelecidos com os idosos, um dos primeiros itens abordados foi a família atual, questionando-se com quem moravam e a composição do seu agregado familiar. Relativamente ao Centro de Dia, a percentagem do número de idosos que se encontra na situação de viúvo é de 67%, não tendo cônjuge sobrevivente e 11% são solteiros. No entanto, existe ainda um número de idosos que são casados.

Tal como mencionamos anteriormente, a composição do grupo doméstico dos indivíduos tem tendência a modificar-se ao longo da sua vida, mais precisamente na velhice. No que concerne aos idosos de CD, na sua grande maioria, vivem com os seus filhos ou sobrinhos, sendo que, apesar disso, em algumas situações, o acompanhamento e apoio que os mesmos necessitam é inexistente. Quanto aos outros idosos desta resposta, o acompanhamento médico, em atividades da vida diária, passeios, épocas festivas ou até em fins de semana é feito pela família com quem reside, mais concretamente pelo cuidador.

Verifica-se, assim, uma situação dicotómica entre aqueles que vivem sozinhos e aqueles que vivem com os seus familiares. Ou seja, se por um lado há idosos que vão passar o fim de semana com os seus familiares - “vou muitas vezes para a casa do meu filho, às vezes ao fim de semana para não ficar sozinha em casa” (idosa G), “ todos os dias os meus netos vêm passar a noite comigo, ao fim de semana vou para casa da minha filha” (idosa E)-, outros referem que tinham essa vontade mas estão conscientes da sua situação de isolamento -“os meus filhos não estão cá, por isso, passo a maior parte do tempo sozinho a cuidar das minhas coisas” (idosa AT).

Ainda, ao questionarmos os idosos quanto à forma como passavam o tempo com os seus familiares, muitos responderam que são escassos esses momentos de partilha e lazer: “nunca saio com eles” (idosa AL), “ficam em casa, eles saem, mas eu fico lá na minha vida” (idosa T). Obviamente, estas situações condicionam o envelhecimento e a forma como os idosos encaram esta etapa da sua vida. Para Pimentel (2005, p. 29), não existe dúvida *“de que a permanência do idoso no seu meio familiar e social, em constante interação com as pessoas que lhe são mais próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice e procure vivê-la de forma equilibrada e sem graves descontinuidades”*.

Já em relação aos idosos de ERPI tornou-se bastante perceptível que o acompanhamento das famílias e das redes de interação social enfraqueceram a partir da sua

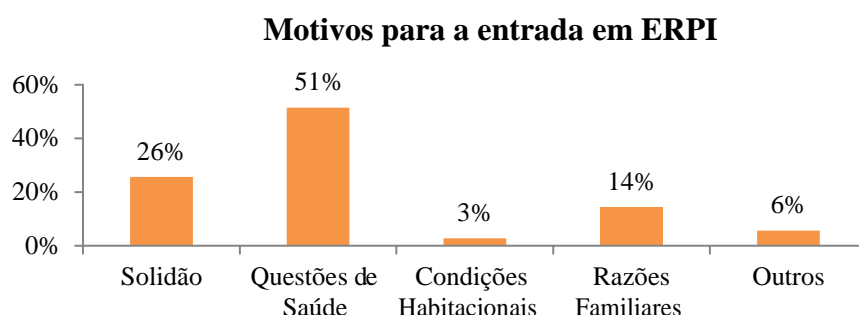
entrada nesta resposta social. Os idosos institucionalizados tendem a relacionar-se com os outros idosos que se encontram na mesma situação do que com a sua própria família ou até mesmo com amigos ou vizinhos. Verificamos ainda que muitos familiares visitam os idosos apenas duas vezes por ano, por se encontrarem emigrados. Todavia, em alguns casos, há familiares que os visitam ou contactam mais do que uma vez por semana, mantendo a ligação, o que contribui para o bem-estar da população idosa visada: “a minha filha liga-me todas as semanas” (idosa L).

Todavia, há certos indivíduos que desde que entraram na instituição poucas vezes estabeleceram contacto com a sua família. O afastamento dos idosos do seu local de habitação, bem como dos seus entes queridos, revela-se um processo penoso e desgastante, e motivando sentimentos de perda, abandono, rejeição, tristeza e solidão. Com vista a atenuar esses sentimentos, o contacto regular entre a família e o idoso institucionalizado é um factor preponderante. Isto contribui para que o idoso não se sinta tão só, adaptando-se, tendencialmente, com maior facilidade ao novo lar e relacionando-se com mais serenidade e afeto (Pereira, 2008).

De igual modo, na resposta social de ERPI verifica-se uma considerável percentagem de indivíduos viúvos, factor determinante, na maioria dos casos, para a institucionalização. Contudo, apesar da viuvez representar a regra, o estado civil de solteiro abarca 18% dos idosos, o de casado 12% e o de divorciado 6 %, sendo que este último dado merece uma reflexão individualizada. Na época a que nos reportamos e principalmente em meios pequenos como o nosso, o divórcio não era uma opção facilmente aceite pela pessoa em causa ou pelo meio relacional envolvido: família, amigos ou até mesmo outros elementos da comunidade. Neste caso concreto, as idosas visadas mencionaram que viveram situações de contestação e falta de apoio, principalmente por parte da família.

3.5 - Motivos de Ingresso dos idosos nas respostas sociais

Gráfico 16 - Motivos para a entrada em ERPI



Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

As conversas intencionais mantidas com todos os idosos permitiram-nos retirar algumas conclusões relativas às razões pelas quais os mesmos se encontram institucionalizados. A principal causa remete para problemas de saúde e, a esta, conjuga-se a questão da solidão. Segundo Barros (2011) e Medeiros (2012) a institucionalização reflete-se em dois fatores que estão intimamente relacionados: a solidão provocada pela perda de cônjuge ou familiares e a que é provocada pelas incapacidades funcionais que surgem muitas vezes nesta etapa da vida e com a qual os familiares já não têm capacidade de dar resposta. Tal como está espelhado no gráfico, esta resposta social vai de encontro ao que os autores mencionam, pois, os motivos mais apontados foram as questões de saúde e a solidão, 51% e 25%, respetivamente.

A famílias e/ou os cuidadores, na maior parte dos casos, encaram a institucionalização como uma forma de conferir uma melhor qualidade de vida aos idosos, na medida em que a saúde dos mesmos e encontra, por regra, fragilizada e os cuidadores já não lhes conseguem prestar os cuidados necessários (PERLINI, LEITE, e FURINI, 2007)

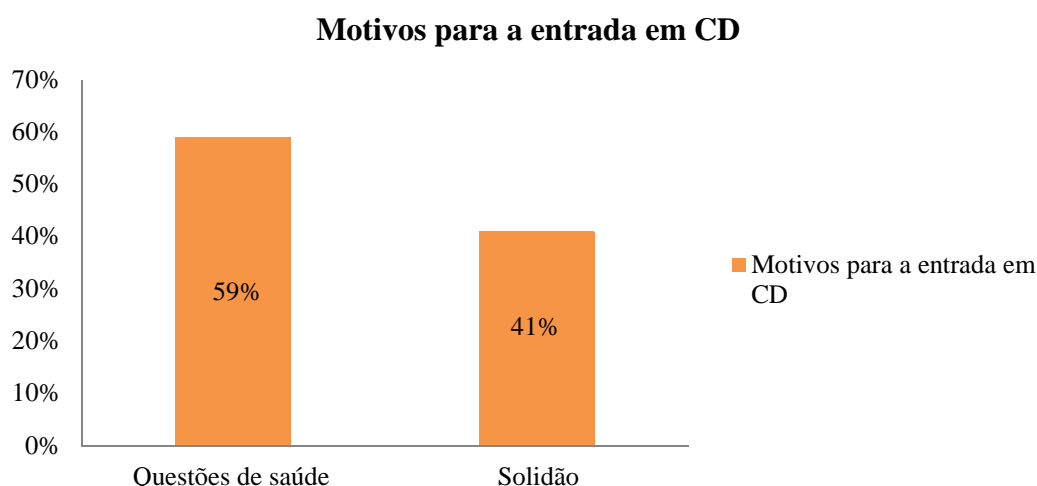
As razões familiares (14%) são outro factor a ter em consideração, sendo que neste ponto foi evidente que estas razões se centravam em desavenças. Numa destas situações, os familiares colocaram a idosa que frequentava o CD fora de casa e a única solução foi a institucionalização na ERPI.

Quanto ao motivo “outros”, este diz respeito aos idosos que se encontram na estrutura residencial por vontade própria. Trata-se de duas pessoas que moravam na freguesia e contribuíram para a construção da instituição, decidindo, por isso, residir na instituição para vivenciarem esta experiência e, de certo modo, auxiliarem naquilo que fosse necessário. Estas duas idosas em causa integraram a instituição com os respetivos cônjuges, contudo, os mesmos acabaram por falecer passado algum tempo.

Por fim, também as condições habitacionais levaram à institucionalização de um idoso, por se revelarem precárias e sem as mínimas condições para uma habitação digna³. Como este idoso já recebia o serviço de apoio domiciliário, a instituição tinha conhecimento de tal situação e daí a institucionalização do idoso (Perlini, Leite e Furini, 2007).

³ A situação era de tal forma grave que dois dias após a institucionalização do idoso a casa onde o mesmo habitava acabara por ruir.

Gráfico 17 - Motivos para a entrada em CD



Fonte: Informações recolhidas Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

No que toca à resposta social de Centro de dia, são dois os principais motivos mais frequentes: “Questões de Saúde” e “Solidão”. Com já se evidenciou relativamente à anterior resposta social, ambas as razões estão intimamente conexas. A grande maioria dos idosos procura este tipo de resposta como forma de assegurar alguns serviços que possam melhorar as suas condições de vida. Em regra, a família age como fonte impulsionadora desta procura, nas situações em que se torna difícil dar uma resposta adequada às necessidades dos idosos e, deste modo, convence-os a passarem o dia nestas estruturas onde dispõem de todos os cuidados adequados.

No gráfico verifica-se que as “Questões de Saúde” foram a resposta mais evidenciada pelos idosos. Por exemplo, existem alguns casos de utentes com diabetes que não conseguiam controlar os respetivos valores quando estavam nas suas casas, até porque os hábitos alimentares não eram controlados. Assim, as famílias procuram a resposta de centro de dia como forma de conferir-lhes um acompanhamento mais rigoroso e onde adquiram estilos de vida mais saudáveis. Paralelamente a este motivo, outra razão referenciada pelos idosos diz respeito à solidão que assombra a suas vidas. Apesar de muitos afirmarem que vivem com os seus familiares, o facto de os mesmos trabalharem e, inevitavelmente, passarem pouco tempo em casa, motiva estas situações. Como tal, esta resposta social surge, para muitos, como uma alternativa e como um meio capaz de travar essa tendência de isolamento. O centro de dia é encarado como um caminho entre o domicílio e a instituição e ao mesmo tempo como um espaço de tratamento e prudência (Jacob, 2013).

3.6 - Condição de Saúde e Dependências dos idosos de ERPI e CD

Tabela 6 – Patologias dos idosos de ERPI e CD

Hipertensos	20
Esquizofrenia	4
Alzheimer	12
Demência Vascular	5
AVC	8
Parkinson	2
Diabetes	28
Demência	7
Problemas Cardíacos	7
Hipocuaguladas	7
Esclerose Múltipla	1
Problemas ósseos	6
Cancro da pele	1
Depressão	5

Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – PI e Conversas Intencionais

A situação de saúde dos idosos das duas respostas sociais é variada. Primeiramente, os problemas de saúde ao nível físico são predominantes, destacando-se, os problemas respiratórios, urinários, do aparelho locomotor, reumatismo, cardíacas, hipertensos, diabetes. Paralelamente, temos os problemas de saúde mental, onde as patologias mais frequentes são as demências (maioritariamente de Alzheimer), a esquizofrenia e as depressões.

Esta instituição tem um médico que vai com regularidade à instituição, pelo menos, uma vez por semana e ainda quando seja necessário. Quando os casos exigem um acompanhamento médico mais especializado, os técnicos tentam encontrar alguém mais especializado para acompanhar o idoso.

O processo médico individual de cada utente contém uma ficha de administração terapêutica onde está descrita a medicação efetuada e as auxiliares possuem uma fotocópia dessa mesma ficha. Contudo, no que se refere à resposta de estrutura residencial, a medicação é preparada pela farmácia. Esta chega na segunda-feira devidamente preparada e vedada para o resto dos dias da semana. Quando o utente dá entrada na instituição, ou se por algum motivo houve uma alteração da guia de administração terapêutica, este é encaminhado de modo imediato para a farmácia para que o mesmo seja ajustado. Ainda, aos utentes desta resposta apenas é administrado, pelas auxiliares, a insulina dos diabéticos.

Existe também uma enfermeira que realiza voluntariado semanalmente e que trata de situações regulares que acontecem na instituição, nomeadamente, pequenas feridas, bolhas,

úlceras, entre outros problemas menores. É ainda a enfermeira que realiza as trocas dos utentes acamados, dos que apenas são movidos para um cadeirão e daqueles são algaliados ou se encontram com sonda. Um aspeto importante é que os utentes acamados não criam muitas úlceras de pressão, visto que os auxiliares, pelo menos duas a três vezes na parte da manhã e na parte da tarde, mudam os idosos de posição, sendo determinante para o seu bem-estar como também para inexistência de úlceras.

Como será evidenciado posteriormente, esta instituição está equipada por alguns aparelhos médicos importantes para vida diária dos utentes e para travar situações de risco que possam surgir, nomeadamente, oxímetro, garrafas de oxigénio, medidores de tensão, glicosímetro, nebulizador, entre outros.

Quanto aos idosos de Centro de Dia, os cuidados prestados são um pouco similares aos anteriormente referenciados. No entanto, o acompanhamento a consultas ou tratamentos é feito, na generalidade, pelos familiares, embora em algumas situações seja necessário que o mesmo seja efetuado pelos técnicos da instituição, uma vez que as famílias não asseguram esses cuidados.

Relativamente à administração terapêutica, como acontece na ERPI, é elaborada uma ficha com a guia da medicação de cada utente e que posteriormente é entregue às auxiliares para terem conhecimento das horas indicadas em que têm de administrar os medicamentos. Todos os gastos realizados com medicação são debitados na mensalidade dos utentes.

Os processos médicos dos utentes das duas respostas contêm relatórios clínicos e informações médicas relativas aos problemas de saúde dos utentes. Aquando da pré-inscrição, a diretora técnica realiza um pequeno levantamento dos problemas de saúde mais relevantes, pedindo que posteriormente tragam documentos clínicos para serem arquivados no processo. Este procedimento serve para conhecer as patologias dos utentes e transmiti-las aos elementos auxiliares, explicando a melhor forma de agir diariamente.

3.6.1 – Avaliações psicológicas dos estados de saúde dos idosos de ERPI e CD

Compreender e interpretar o estado cognitivo dos idosos que frequentam estas respostas sociais são pontos cruciais da nossa análise. Em primeiro lugar, é necessário perceber o significado deste conceito, aparentemente simples, de envelhecimento e tudo aquilo que lhe está associado.

A Organização Mundial de Saúde determina por envelhecimento um *“prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações físicas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas”* (Araújo, 2001, p. 7).

Segundo Lima (2010), no processo de envelhecimento são identificados factores internos no indivíduo bem como fatores externos relacionados com as possibilidades ambientais e organizacionais que tornam este processo mais dinâmico e por sua vez complexo. Binet e Bourliere (s.d., citado por Fernandes, 2000), para além de caracterizarem o envelhecimento como um processo dinâmico, descrevem-no ainda como contínuo e heterogéneo, sendo este acompanhado por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas no indivíduo, decorrentes do avanço cronológico. Por outro lado, é ainda importante evidenciar que o conceito de envelhecimento não é sinónimo de velhice visto que, primeiro, ocorre durante toda a vida desde os primeiros anos de vida (Fernandes, 2000) e, segundo, é referente a um período da vida do indivíduo (Silva, 2011).

A diversidade de concepções a cerca do envelhecimento é evidente, podendo, por isso, afirmar que este não é um estado, mas sim um processo deferencial e gradual. O conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da vida fazem, inevitavelmente, parte do ciclo vital do ser humano. Assim sendo, não é fácil determinar o seu início visto que a sua celeridade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo (Sequeira, 2010).

Após algumas pesquisas efetuadas sobre o modo como o envelhecimento deve ser encarado e abordado, consideramos que a perspetiva biopsicossocial é aquela que centra em si um conjunto de elementos basilares do processo de envelhecimento do indivíduo. Nesta, devemos caracterizar três diferentes formas de envelhecimento: o envelhecimento biológico que corresponde às modificações fisiológicas e funcionais que ocorrem no organismo; o envelhecimento psicológico que corresponde às alterações do foro psicológico, da personalidade, das emoções; e, por último, o envelhecimento social que diz respeito às alterações dos papéis sociais e interações podendo, em certos casos, levar ao isolamento social.

Perante isto, é perceptível que no processo de envelhecimento as alterações ocorridas possuem diferentes sectores e são variáveis de indivíduo para indivíduo, o que explica a ambiguidade do conceito. Estas alterações biológicas e funcionais são inevitáveis e colocam os idosos numa situação de maior fragilidade, na medida em que as mesmas exercem um grande impacto no quotidiano e nas atividades básicas de vida diárias. Ainda, estas alterações

não só afetam a parte física dos indivíduos como também podem ter uma influência considerável no seu desempenho cognitivo.

No decorrer do estágio, contactamos com modos de envelhecer extremamente diversificados, entre os quais, devemos salientar o envelhecimento normal, o patológico e o bem-sucedido (Fonseca, Duarte e Moreira, 2013). O envelhecimento normal entende-se como uma forma de envelhecer que não contém qualquer tipo de patologia, ou seja, não apresenta nenhuma incapacidade, seja ela a nível físico ou mental. No que diz respeito ao envelhecimento patológico, este é pautado pela existência de alguma patologia mental ou debilidade física, podendo em grande parte dos casos estarem dependentes de terceiros, não conseguindo, assim, realizar as suas atividades básicas diárias. Por fim, referimos o envelhecimento bem-sucedido (ou envelhecimento ativo ou ótimo), o qual consiste em envelhecer de modo positivo e favorável, impedindo o aparecimento de algumas debilidades que possam surgir com a idade. Este envelhecimento bem-sucedido passa por um bem-estar ao nível mental, pelo exercício saudável ao nível cognitivo e à interação com a sociedade (Ribeiro e Paúl, 2011). Este último é o modo de envelhecer cada vez mais frequente nos dias que correm e no qual diversos autores e entidades dedicam o seu estudo. Assim, foi realizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) uma definição base entendendo-se, deste modo, por envelhecimento ativo *“o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”* (Direção Geral de Saúde, SD).

No entanto, segundo Ribeiro (2012), o conceito de envelhecimento ativo é muito abordado por diversos autores, contudo não é um tema problematizado como outros que lhe estão associados nomeadamente bem-sucedido e saudável, ou seja, não existem estudos críticos e aprofundados em relação a este modo de envelhecimento. O mesmo autor refere que tal acontecimento sucede-se pelo facto de ser um conceito relativamente recente e ainda pelo seu carácter bastante amplo. A amplitude subjacente a este conceito diz respeito ao facto de podermos interligar a questão da saúde que, este termo inclui, com o de bem-estar a nível “físico, mental e social” (Ribeiro, 2012). Isto significa que esta definição não se destina apenas a um bem-estar mas também à participação na sociedade consoante desejos e vontades de cada um.

Um envelhecimento para ser bem-sucedido, exige ao indivíduo um conjunto de fatores que permitam envelhecer com qualidade. Os fatores acima mencionados referem-se ao tipo de vida que o indivíduo terá de levar e que o vai acompanhar durante o todo o seu envelhecimento. Assim, é possível referir que uma posição ativa perante a maneira como se

quer envelhecer assume-se como o ponto basilar do envelhecimento bem-sucedido. Tal como foi mencionado anteriormente, a estimulação cognitiva, a importância do fortalecimento e criação de redes sociais, a alimentação, o exercício físico são alguns elementos fulcrais que o envelhecimento bem-sucedido comporta e que devem ser adotados por os indivíduos, durante todo o seu desenvolvimento. À luz daquilo que foi evidenciado anteriormente, um elemento preponderante para que o envelhecimento seja conseguido com sucesso é o meio onde o indivíduo está inserido, ou seja a sociedade tem que promover certas condições ao ser humano de várias ordens, desde a segurança, a estimulação e principalmente que transmita um olhar positivo do modo de envelhecer e do conceito de idoso (Ribeiro e Paúl, 2011)

No entanto, todas as fases de desenvolvimento humano são acompanhadas por perdas e ganhos, e o envelhecimento não é uma exceção. Deste modo, quando falamos em envelhecimento ativo nunca nos podemos esquecer que nesta etapa as perdas que ocorrem tendem a superar os ganhos. Todavia, seguindo a linha pensamento de um envelhecimento com sucesso, poderá existir uma adaptação satisfatória em relação a estes momentos de ganhos e perdas, ou seja esta adaptação satisfatória consiste em equilibrar a balança, privilegiando os ganhos e aceitando as perdas que decorrem (Fonseca, 2005a)

Com o intuito de tentar ter algum domínio sobre o seu envelhecimento e o modo como ele acontece, os indivíduos aplicam um modelo assente em três componentes bases, nomeadamente a seleção, otimização e a compensação (SOC) (Baltes e Baltes, 1993)

Relativamente á primeira, a seleção em que o indivíduo procura aquilo que lhe desperta interesse e o satisfaz. A otimização concerne na utilização de meios com o objetivo de atingir algo e aquilo que se deseja. Por fim a compensação refere-se à utilização de recursos com o intuito de ajudar o indivíduo a concretizar objetivos que se tinha proposto. A combinação destes elementos leva a uma “maximização dos ganhos e minimização das perdas” essenciais para o desenvolvimento bem-sucedido (Baltes e Baltes, 1993)

Neste sentido, todo o processo anteriormente referenciado indica que se está presente numa autorregulação do self isto significa que o modelo SOC permite ao indivíduo se regular tendo por base o conhecimento que possui acerca de si mesmo. Desta forma, as componentes deste modelo são os elementos fundamentais para essa mesma autorregulação através da utilização de vários mecanismos que o auxiliam a equilibrar a balança de perdas e ganhos que existe nesta etapa do desenvolvimento humano. Assim, é possível retirar uma ideia essencial desta perspectiva, que é a importância e o valor que cada indivíduo tem na sua trajetória de vida pessoal e como isso poderá influenciar o seu futuro, principalmente quando falamos em envelhecimento (Fonseca, Duarte e Moreira, 2013). Durante todo este processo de

autorregulação são criados pelo próprio indivíduo representações em relação àquilo que este deseja ou não que venha a acontecer no seu futuro em relação ao seu próprio desenvolvimento. Estas representações do self podem ser algo que o indivíduo gostasse que acontecesse (self desejáveis) ou então pelo contrario algo que não querem que aconteça que têm medo de acontecer (self temidos). Todas estas representações que os indivíduos criam são cruciais na mudança e no desenvolvimento do indivíduo (Fonseca, Duarte e Moreira, 2013)

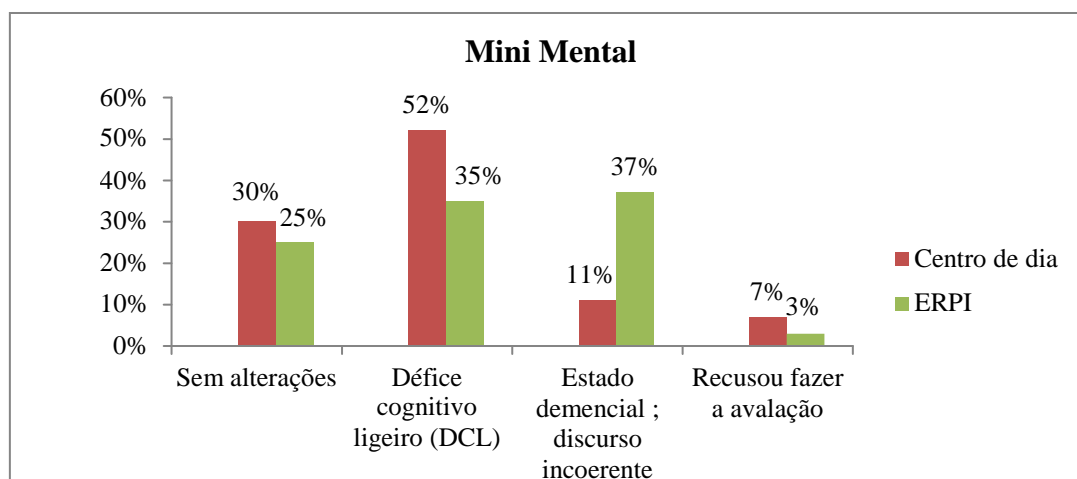
Relativamente às respostas sociais em causa, encontramos presentes estes três modelos de envelhecimento, verificando-se com maior preponderância os dois primeiros – envelhecimento normal e envelhecimento patológico. Quanto ao envelhecimento ativo, e apesar de ser uma política promocional desta instituição, não é tão evidente como os outros modelos referenciados. Desta forma, e através da consulta dos processos individuais, constatamos que o envelhecimento patológico impera na população idosa objeto de estudo.

Como complemento e renovação de certos dados, que em muitos casos já se revelavam antigos, aplicamos as escalas de Mini-Mental State Examination (Anexo III), Barthel (Anexo IV), Addenbrooke (Anexo V) e Escala de Depressão Geriátrica (Anexo VI) a todos os idosos. No fundo, visamos alcançar um conhecimento mais específico e rigoroso acerca dos indivíduos institucionalizados.

Apesar de existir um psicólogo na instituição, consideramos que as escalas de avaliação estavam desatualizadas, na medida em que o mesmo as realiza duas vezes por ano (uma no início e outra no final do ano). Visto que as patologias do foro mental foram as mais evidenciadas, vemos como imprescindível a atualização recorrente dos dados em causa com o intuito de compreender a sua evolução.

Como suprarreferimos, o processo de envelhecimento é acompanhado por alterações de ordem física ou psicológica. No entanto, há que ter em consideração que as alterações cognitivas que, de certo modo, são inerentes ao processo de envelhecimento podem ter duas origens: ou acontecem de forma natural e são consequência do envelhecimento ou possuem um cariz patológico. Segundo Petersen (2004), existe o estado “normal” (sem alterações) do indivíduo no qual pode existir um declínio cognitivo proveniente da idade, um défice cognitivo ligeiro (DCL) e um estado demencial. Ou seja, de acordo com este autor, o DCL corresponde a um período de transição entre o envelhecimento normal e um possível diagnóstico de demência numa fase inicial. Para avaliar e interpretar tais situações, podem ser utilizadas algumas escalas sendo que, neste caso, recorreremos ao Mini-Mental State Examination, no qual os critérios de avaliação têm por base a idade do indivíduo e a sua escolaridade.

Gráfico 18 - Escala do Mini Mental



Fonte: Informações obtidas através da aplicação da escala da avaliação Mini Mental aos idosos de ERPI e CD, Petersen (2004)

A escolha por esta escala de avaliação deveu-se a dois factores. Primeiramente, o facto de ser a ferramenta de trabalho do psicólogo da instituição e, depois, por ser aquela que pesquisas efetuadas indicaram como a mais favorável para a compreensão do estado cognitivo dos idosos. Em contrapartida, e mediante conversas com o psicólogo da instituição, foi-nos sugerido que aplicássemos a alguns idosos a escala de Addenbrook. Esta consiste numa escala de avaliação do estado cognitivo, contudo, possui elementos avaliadores de cariz mais rigorosos e profundos, sendo apenas aplicada a idosos com níveis de instrução mais elevados. Além de outros itens de avaliação, esta escala contém ainda, na sua génese, a escala de Mini Mental mais elaborada e detalhada.

Num primeiro contacto com o gráfico, salientamos que o défice cognitivo se revela significativo nas duas respostas sociais e que o estado demencial de alguns idosos de ERPI se apresenta bastante agravado. O défice cognitivo ligeiro é sentido com maior incidência no Centro de Dia, representando cerca de 52%, enquanto que na resposta de ERPI representa 35%. Tal como se verifica no gráfico, o DCL é aquele que, em ambas as respostas, assume valores elevados.

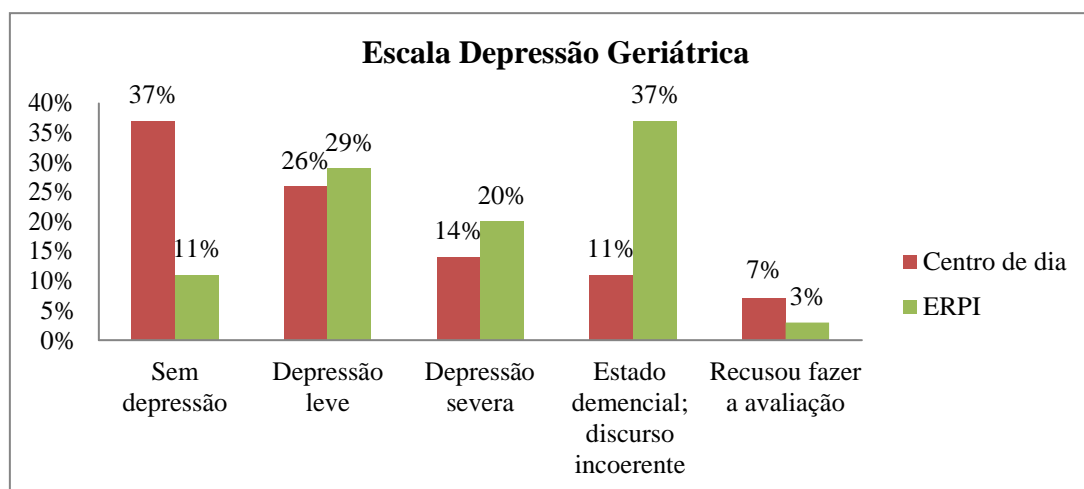
À luz do que refere Spar e la Rue (2005), existem alguns factores que parecem influenciar estas alterações cognitivas e influenciar o DCL, nomeadamente, factores genéticos, o estado de saúde mais debilitado, o nível escolaridade e, consequentemente, a falta de estimulação ao longo da vida, a personalidade, humor e, ainda, o meio social onde o indivíduo se encontra inserido. Destes factores, aqueles que surgem de forma mais significativa são o nível de instrução e, consequentemente, a falta estimulação realizada ao

longo da vida, o meio social onde estão inseridos (predominantemente rural) e algumas patologias que impedem a preservação de competências cognitivas.

Ainda, a realização desta escala mostrou-nos outro factor que merece a nossa consideração, principalmente na resposta social de ERPI: o estado demencial dos idosos é cerca de 37%. Segundo a WHO, a demência consiste numa síndrome, de natureza crónica ou progressiva, na qual as funções corticais superiores se encontram afetadas, incluindo a memória, o pensamento, a orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e capacidade de linguagem (WHO, 2017). O principal declínio, nestes casos, é a memória conjugando-se com a afasia (alterações ao nível da linguagem), apraxia (incapacidade motora), agnosia (incapacidade de reconhecer pessoas ou objetos) e distúrbio na função motora (APA, 1994). Deste modo, perante estas características, nas respostas sociais desta instituição cerca de 48% (37% de ERPI e 11% de CD) reúnem esta síndrome demencial. Em Centro de dia, temos 3 idosos que se encontram num estado demencial.

Por último, é de realçar que três idosos se recusaram a realizar a avaliação. Entre conversas com os elementos da equipa técnica, tornou-se evidente que os mesmos idosos são indivíduos com personalidades complicadas e que raramente participam das atividades.

Gráfico 19 - Escala Depressão Geriátrica



Fonte: Informações obtidas através da aplicação da escala da avaliação Depressão Geriátrica ao idosos de ERPI e CD

Tal como referimos anteriormente, nestas fases, o idoso é confrontado com uma diversidade de perdas. As principais, e já mencionadas, são essencialmente físicas e outras incapacidades que surgem de forma natural ou por via patológica. A estas perdas associam-se factores externos, nomeadamente, o afastamento da retaguarda familiar, os papéis sociais deixam de ter o mesmo impacto, a perda de uma ocupação laboral e, por fim, a condição económica que, por vezes, é bastante precária (Martins, 2008). Estes acontecimentos

condicionam a vida dos idosos, deixando-os desanimados e vulneráveis a síndromes depressivas. A forma como os indivíduos interpretam e aceitam o processo de envelhecimento, e todas as condicionantes que estão associadas, tornam (ou não) as pessoas mais vulneráveis. Esta fragilidade sentida pelos idosos traduz-se num declínio progressivo do humor e, consequentemente, um incremento da carência afetiva.

O estigma sentido nas sociedades atuais relativamente à condição do idoso revela-se um factor determinante para o desenvolvimento de depressões. Nesta etapa da vida, estes sujeitos são vistos como indivíduos fragilizados, desprovidos de funções laborais, desvalorizados social e profissionalmente, aspetos que levam ao seu isolamento social (Fernandes, 2000).

Também a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica especificamente elaborada para a presente investigação, permitiu conhecer os sintomas depressivos da população idosa, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais normalmente afetados em situações de depressões.

Assim, após este trabalho de análise, recolhemos dados distintos nas duas respostas. Primeiramente a ausência de qualquer síndrome depressiva representa 37% dos idosos de Centro de Dia, enquanto na ERPI representa apenas 11%. Contudo, esta situação revela-se mais significativa nos idosos institucionalizados onde 29% apresentam uma depressão leve e 20% uma depressão severa. Segundo Martins (2008), o facto de o indivíduo estar fora do seu ambiente familiar, ausente do seu habitat natural, em contacto com pessoas que até então não conhecia, pode motivar o desenvolvimento de sentimentos de frustração, abandono, dependência ou inutilidade.

Tal como vimos anteriormente, as causas que motivaram a institucionalização afetam a vida do indivíduo, deixando-o mais fragilizado. As questões de saúde, que são as principais razões para a institucionalização, levam a que os idosos manifestem sentimentos de dependência, inutilidade e solidão e, consequentemente, ao desenvolvimento de depressões. Em contrapartida, o Centro de Dia apresenta valores mais baixos. Nesta resposta, 26% e 14% dos idosos encontram-se afetados por depressões ligeiras e depressões severas, respetivamente. Tendo em conta a informação recolhido junto destes sujeitos, as razões mais frequentes e que conduzem a estes valores consideráveis, dizem respeito ao facto de os idosos se sentirem sozinhos, apesar de possuírem alguma retaguarda familiar. Ainda, a falta do cônjuge e algumas patologias são os principais focos de humores mais disfóricos.

Tabela 7 - Escala de Barthel

	ERPI	CD
100-90	4	16
90-70	8	7
70-50	10	3
50-20	13	1

Fonte: Informações obtidas através da aplicação da escala avaliativa de Barthel aos idosos de ERPI e CD

A escala de Barthel permite avaliar a funcionalidade dos indivíduos, ou seja, aquilo que estes são capazes, ou não, de realizar. O principal objetivo desta escala é perceber o grau de independência destes idosos, seja ela verbal ou física. Sendo a cotação da escala avaliada de 0 a 100 pontos, optamos por dividir estes valores e colocá-los em intervalos de tempo, tal como encontramos na tabela 7.

Na estrutura residencial verificamos que o grau de dependência do universo de indivíduos avaliados é elevado, sendo que 13 idosos apresentam a funcionalidade inferior a 20 pontos, traduzindo uma dependência avançada. Para além disso, os intervalos antecedentes mostram que 10 idosos possuem um nível de funcionalidade entre os 20-70, o que nos leva a deduzir que carecem de auxílio em apenas algumas situações. Por último, quanto idosos mais independentes ou aqueles que na maioria dos acontecimentos de vida diária possuem uma independência quase total, estes revelam que apenas necessitam de ser supervisionados e auxiliados verbal ou fisicamente, representando cerca de 12 idosos.

Todavia, a tabela de Centro de Dia mostra valores distintos, uma vez que esta resposta presta serviço supervisionado em tempo parcial, surgindo 16 idosos com elevado grau de independência. Ainda, somente 4 idosos se encontram entre a pontuação de 70-20, mostrando que na realização de atividades de vida diária necessitam de alguma supervisão e auxílio. Salientamos ainda que as atividades que mais contribuem para estas situações de dependência são o banho, higiene pessoal, vestir e, em algumas situações, a subida de escadas que carece de supervisão.

CAPÍTULO 4 - DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE TERROSO

4.1 - Caracterização do CSPT

Realizado o diagnóstico sobre a população idosa, passamos agora à análise da instituição onde a mesma se encontra inserida e às respetivas respostas. A compreensão das necessidades dos idosos e da instituição revela-se essencial para metodologia implementada neste projeto, pois consideramos que um diagnóstico rigoroso é *“garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projeto de intervenção”* (Guerra, 2000 p.131).

O Centro Social Paroquial de Terroso (CSPT) é uma instituição de solidariedade social (IPSS), criada a 30 de novembro de 1990 por um grupo de pessoas da paróquia - “comissão de Santo António”, com o intuito de servir a comunidade e diminuir as carências sociais preexistentes. Tendo como pilares o *“espírito aberto e, sobretudo, a entre-ajuda”* (CSPT, 2015), o CSPT rege a sua ação social tendo por base o lema *“Amar é Servir”*.

Apesar de esta instituição ter nascido em 1990, o processo de edificação do CSPT demonstrou-se moroso. Questões de ordem burocrática, como legalizações, compra de terreno e obras, atrasaram o procedimento de construção. As portas desta IPSS apenas foram abertas em 1997, ano da sua inauguração, com as respostas sociais de Creche, Estrutura Residencial Para Idosos, Centro de Dia e Serviço Apoio Domiciliário. Mais tarde, em 2001 e 2002, respetivamente, foram abertos o Jardim de Infância e o A.T.L. Ao longo de todos estes anos realizaram-se ajustes nos diversos sectores, nomeadamente na área da infância e dos séniores. Estas adaptações e remodelações foram importantes para concretizar os objetivos desta IPSS: responder às necessidades dos idosos e das crianças da freguesia de Terroso e arredores da cidade da Póvoa de Varzim, promovendo, assim, a qualidade de vida e o bem-estar dos seus utentes e colaboradores (Centro Social Paroquial de Terroso, 2015).

Deste modo, a missão basilar do CSPT consiste em fornecer *“serviços de cariz social, de apoio à comunidade, desde a primeira infância até à terceira idade, promovendo a dimensão humana, social, paroquial e religiosa, através de um conjunto de respostas sociais, nomeadamente Creche, Jardim-de-infância, ATL, Estrutura Residencial Para Idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, que vão de encontro às suas necessidades humanas. Sempre sobre o lema “Amar é Servir”*. (Centro Social Paroquial de Terroso, 2015).

Focalizando a presente análise nas respostas sociais direcionadas para o âmbito da gerontologia, verifica-se que a referida missão pela qual a instituição se rege vai ao encontro dos pressupostos estipulados pela segurança social relativamente às respostas sociais orientadas para as pessoas idosas. De acordo com a segurança social, estas respostas visam prevenir e responder a situações de necessidade e dependência, dando maior atenção aos idosos, na medida em que são grupos fragilizados e suscetíveis ao desenvolvimento de carências ou dependências (Direção Geral da Segurança Social, 2018).

Qualquer que seja o equipamento social com abertura ao público, este deve apresentar os elementos que definem o seu intuito organizacional e as componentes pelas quais se rege. Assim, e relativamente à nossa IPSS, quanto à visão podemos considerar que almeja *“receber e acolher com caráter solidário todos aqueles que recorrem aos nossos serviços, segundo valores cristãos e numa gestão sustentada, que contribuam para uma adequada inclusão social, contribuindo para o reconhecimento de uma IPSS de referência”* (Centro Social Paroquial de Terroso, 2015).

Relativamente aos valores estabelecidos pela instituição, estes centram-se na: **Dignidade Humana** (um valor de referência na intervenção social que reconhece ao indivíduo um valor intrínseco enquanto ser único (Cravalho, 2013)), O CSPT pauta por uma visão humanista perante todos os indivíduos que frequentam esta instituição. Mais concretamente, direcionado para os idosos, esta instituição tem em consideração o indivíduo, as suas características pessoais e especificidades. A equipa de profissionais, nos serviços que presta, tenta sempre adaptar às características dos idosos. **Responsabilidade Social e Solidariedade** (um valor que permite orientar os impactos sociais da instituição com os seus parceiros aliado a um compromisso de apoio, cooperação e dedicação). Com este valor a instituição tenta responder às necessidades dos seus intervenientes e do meio onde estão inseridos. **Espírito de Tolerância** (visa respeitar as suas vontades) na **Formação e Transparência** (valor que se pauta pela promoção da formação dos profissionais, através de ações de formação nas respetivas áreas de serviço, e por um espírito de transparência relativamente aos trabalhos desenvolvidos e evidenciados por uma política de abertura da instituição - política de “porta aberta”, a qual permite a entrada de indivíduos a qualquer momento do dia).

4.2 – Caracterização das Respostas Sociais de Estrutura Residencial Para Idosos e Centro de Dia

A OMS lançou um conceito de envelhecimento ativo que pressupõe o acompanhamento dos indivíduos ao longo da sua vida, promovendo a otimização das condições de saúde, da participação, da segurança e da aprendizagem. Contudo, a sociedade atual impede, muitas vezes, que este processo se concretize no meio natural de vida dos indivíduos, o que motiva a procura de respostas que proporcionem condições à realização deste processo. Com efeito, repostas sociais de cariz permanente, como estruturas residenciais para idosos, ou temporário, como centro de dia, aparecem como possibilidades (Manual Processos Chave ERPI, 2017).

O Centro de Dia e a Estrutura Residencial encontram-se tutelados pelo mesmo sistema organizacional, ocupam os mesmos espaços e partilham as mesmas rotinas e atividades. Porém, tratam-se de respostas sociais distintas, daí ser necessário e importante referir os seus aspetos características e diferenciadores.

Tal como evidenciado anteriormente, apesar do CSPT abranger diferentes respostas sociais, o nosso projeto de intervenção terá como área de operação o âmbito da gerontologia. Sendo assim, revela-se fundamental conhecer a realidade destas respostas de forma a conseguirmos fazer uma caracterização global da instituição, dos seus serviços e respetivas rotinas.

Segundo os pressupostos da Segurança Social, a Estrutura Residencial apresenta-se como uma resposta destinada ao acolhimento coletivo de pessoas com a idade da reforma, em situações de risco e vulnerabilidade, e que por vontade própria ou por situações de ausência de retaguarda familiar procuram a sua integração numa estrutura residencial. Esta resposta confere aos indivíduos visados a possibilidade de acederem a apoio biopsicossocial, para além de, consequentemente, promover a sua qualidade de vida e fomentar o envelhecimento ativo, autónomo e integrado.

As alterações ao nível social e familiar limitam o acompanhamento dos mais velhos, sendo a estrutura residencial uma mais-valia e um apoio importantes para colmatar essas carências.

Assim, esta estrutura social deverá apresentar um carácter holístico de forma a responder eficazmente às carências que ocorrem no procedimento de institucionalização (Netto, 1996). O processo de internamento numa estrutura residencial não é fácil, uma vez que há uma mudança total na rotina dos idosos, começando pela saída do seu seio familiar e comunitário. A personalidade do indivíduo e fatores ambientais que a rede institucional vai

proporcionar são elementos preponderantes para que o processo de institucionalização não seja tão fraturante e lesivo. Segundo Fernandes (2000), esta resposta social deve aceitar e respeitar as necessidades psicológicas, sociais, religiosas, políticas, culturais e sexuais dos idosos, restringindo somente aquilo que for mais prejudicial para a sua saúde e segurança. Cada instituição deve criar meios facilitadores que promovam uma boa integração dos idosos.

Segundo dados provenientes da Segurança Social, o Centro do Dia surgiu com o intuito de ser uma reposta eficaz às dificuldades sentidas diariamente pelos idosos e respetivo agregado familiar. Ainda, outra característica que diferencia esta reposta traduz-se na possibilidade de permanência dos idosos durante mais tempo no meio natural de vida. Assim, a valência do Centro de Dia permite a promoção da autonomia dos indivíduos, potenciando a tomada de decisões e a capacidade de regular e comandar a sua própria vida. Este é um tema muito debatido, principalmente quando se discute a questão do envelhecimento ativo, uma vez que um dos pressupostos da continuidade da autonomia dos idosos centra-se na relação que os mesmos mantêm com o contexto social onde estão inseridos. A OMS identifica, assim, um conceito novo – “Ageing in place” – o qual significa “*viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece*” (Fonseca, 2018 p.9). Isto é, decorrer do processo de envelhecimento, a vontade dos idosos é, maioritariamente, permanecer num ambiente que lhes seja familiar, seja a casa onde residem ou junto da sua comunidade. Contudo, para que isso seja possível, é necessário serem independentes, o que só se consegue quando têm saúde e um apoio social eficiente (Fonseca, 2018).

A vulnerabilidade a que os idosos estão expostos é um dos aspetos sobre o qual este conceito tenta responder. De facto, o envelhecimento num ambiente favorável permite ao indivíduo viver em segurança e preservar as suas competências. Ainda, esta resposta social tenta também preservar a autonomia do indivíduo. Segundo a OMS as pessoas são livres e têm o direito de fazer escolhas e ter controlo sobre diversas questões da sua vida, o que significa que os idosos possuem o livre-arbítrio de escolher e tomar decisões acerca da sua vida, nomeadamente, do local onde pretendem viver, com quem se querem relacionar ou como optam por passar os dias (Fonseca, 2018). No entanto, isto é diversas vezes influenciado por componentes externas como o ambiente onde vivem, os recursos que possuem, as oportunidades e potencialidades que se encontram disponíveis e acessíveis (OMS). O facto de o indivíduo ingressar numa resposta com os serviços que o Centro de Dia oferece significa que, na maioria das vezes, ainda possui alguma margem de autonomia para, por exemplo, realizar atividades básicas da vida diária. A realização destas atividades pode não ocorrer na globalidade de forma independente, necessitando de auxílio, contudo a

retaguarda familiar ainda consegue prestar essa ajuda face à ausência da resposta de Centro de dia.

Deste modo, isto permite-nos considerar que o Centro de Dia tem como propósito o combate à dependência, estando, neste âmbito, o termo dependência intimamente relacionado com o de incapacidade de satisfazer as necessidades básicas ou, como Sequeira (2010, p.5) refere, com a *“incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros”*. Os dados estatísticos existentes comprovam estas características, uma vez que a resposta de Centro de dia, em Portugal, apresenta um nível de independência relativamente à realização das atividades básicas de vida diária quando comparado com outras respostas para idosos (Carta Social, 2016).

Perante isto, devemos ainda referir que esta resposta social surgiu ainda com o objetivo de protelar a entrada em ERPI (Manual Processos-chave Centro de Dia, 2017), devido à *“[...] crescente consciencialização, por um lado, do facto de que o internamento implicava para muitos o corte radical e penoso com o seu meio, originando situações de desespero, e, por outro, da ineficiência das grandes estruturas de apoio, desumanizantes e comportando custos extremamente elevados [...]”* (Pimentel, 2005, p.52).

De modo geral, importa averiguar se o Centro de Dia responde às necessidades básicas dos indivíduos através dos serviços que oferece. Esta resposta permite que os indivíduos visados pela mesma estabeleçam vínculos com o meio exterior através do contato com colaboradores, pessoas da comunidade e voluntários (Segurança Social, 2017). Os serviços oferecidos são de grande importância, na medida em que são suscetíveis de auxiliar a população que carece de cuidados, sejam eles básicos ou apenas de atividades que fomentem a integração e combatam o isolamento. Para além disso, esta estrutura permite às famílias, em especial ao cuidador, a redução da sobrecarga emocional associada a este processo.

Posteriormente, e mais direcionado para o contexto do estágio realizado, analisaremos e problematizaremos se esta resposta responde às necessidades e especificidades de cada indivíduo idoso em particular.

Apresentados os traços gerais dos assuntos que de seguida aprofundaremos, em primeiro lugar, e tendo por base o regulamento da instituição referente ao Centro de dia e à Estrutura Residencial, importa referir que, na sua grande maioria, os objetivos em que estas respostas se baseiam correspondem aos estabelecidos pela Segurança Social. Tal situação teria efetivamente de acontecer visto ser uma instituição de cariz social e participada por essa mesma entidade. Ainda, e como acontece em qualquer resposta institucional, o

regulamento destas estabelece objetivos que devem ser cumpridos. Na tabela seguinte serão apresentados os objetivos estipulados pela Segurança Social e pelo sistema organizacional destes equipamentos sociais:

Tabela 8 – Objetivos das Repostas Sociais

Segurança Social	Regulamentos CSPT
<p>ERPI: Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar Potenciar a integração social.</p>	<p>ERPI: Prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; Prestação de apoio psicossocial; Fomento das relações interpessoais entre os idosos e entre estes e outros grupos etários.</p>
<p>Centro de Dia: Assegurar a prestação de cuidado e serviços adequados à satisfação de necessidades e expectativas do utilizador; Prevenir situações de dependência e promover a autonomia; Promover as relações pessoais e entre as gerações; Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio natural de vida Contribuir para retardar ou evitar o internamento em instituições Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.</p>	<p>Centro de Dia: Manter os idosos no seu meio habitual de vida visando a promoção de autonomia; Colmatar algumas das dificuldades que os idosos ou mesmo o seu agregado familiar possam sentir diariamente; Possibilitar aos idosos novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior; Proporcionar o seu bem-estar ao nível das necessidades básicas; Prestação de apoio psicossocial; Desenvolver relações interpessoais dos utentes através da participação nas atividades e visitas promovidas pela Instituição.</p>

Fonte: Direção Geral da Segurança Social (2018); Regulamento das Respostas Sociais de ERPI e CD (2015)

Relativamente aos objetivos da Estrutura Residencial, percebemos que a Segurança Social estabelece três objetivos basilares (tabela 8), sendo estes importantes para o processo de envelhecimento dos idosos desta resposta social. Assim, segundo a Segurança Social (2017), a estrutura residencial tem como objetivos primeiros difundir qualidade de vida, prestar serviços adequados à problemática biopsicossocial do processo de envelhecimento,

estabilizar ou retardar esse processo, dando ênfase à interação com a família ou com outros elementos da comunidade com o intuito de incrementar a participação social e, por último, fomentar estratégias de autoestima, de valorização pessoal e de preservação da autonomia dos indivíduos. Contrapondo com os objetivos evidenciados no regulamento da instituição, podemos afirmar que estes últimos são apresentados de forma vaga, não sendo especificados da forma como orientam ações concretas.

A satisfação de necessidades básicas constitui o ponto de maior relevância nos serviços preconizados por esta resposta, deixando de parte outros elementos que são igualmente cruciais no processo de envelhecimento. A estimulação dos quatro pilares exigíveis para um envelhecimento ativo não é, assim, assegurada nos documentos institucionais. De facto, quer a participação e quer a aprendizagem ao longo da vida não aparecem como objetivos primordiais desta resposta social. Além disso, no âmbito das sociabilidades, verificamos que um dos objetivos que esta resposta tenta alcançar é o fomento das redes interpessoais entre os idosos e entre eles e os outros grupos etários. Contudo, quanto à concretização deste objetivo, verificamos que este nem sempre ocorreu com a periodicidade devida e necessária. Ainda, a intergeracionalidade, considerando a variedade de faixas etárias presentes nas respostas sociais consideradas, poderia ocorrer com maior frequência. Finalmente, um objetivo mencionado pela Segurança Social, e que esta instituição não prossegue, consiste no incentivo das relações dos idosos com os seus familiares.

Quanto à resposta de Centro de Dia, verificamos que os objetivos identificados já são mais concretos e vão ao encontro dos estabelecidos pela Segurança Social. Contudo, os serviços desenvolvidos focam-se essencialmente na realização de atividades básicas da vida diária, o que compromete o desenvolvimento de atividades que visem a satisfação de outras necessidades básicas. Consideramos, assim, que o objetivo de “*proporcionar o seu bem-estar ao nível das necessidades básicas*” não deve comprometer a intervenção a outros níveis igualmente importantes no processo de envelhecimento. Deste modo, a promoção de um envelhecimento no meio natural de vida, a estimulação da autonomia e da independência dos idosos são objetivos importantes e que devem constar do plano de intervenção desta resposta social.

Em relação ao apoio prestado, as dificuldades que eventualmente possam surgir, com os idosos ou com os seus familiares, são resolvidas através da mobilização de recursos económicos, materiais ou humanos.

As sociabilidades são outro campo de ação desta resposta. Contudo, e assim como acontece no âmbito da estrutura residencial, a promoção das relações entre as várias gerações poderia ser bem mais intensificada. A participação nas atividades constitui uma forma de promover a funcionalidade, a autonomia ou a autoestima destes indivíduos, todavia, paralelamente, consideramos que deveria ser igualmente incentivada a intergeracionalidade.

Em relação ao objetivo da participação, a participação nas diversas dinâmicas realizadas ocorre com pouca assiduidade, nas duas respostas, o que traz consequências para a qualidade de vida dos idosos.

4.2.1 – Serviços e Rotinas

No que concerne às respostas sociais existentes, o CSPT contém um espaço destinado exclusivamente às pessoas com idades compreendidas entre os 44 e os 96 anos, onde são realizados programas de lazer que promovem os estímulos cognitivos, relacionais e físicos, melhorando assim a sua qualidade de vida.

A instituição engloba um conjunto de serviços prestados aos idosos que visam responder às suas necessidades básicas, tais como a alimentação (pequeno-almoço, almoço, lanche e, em algumas situações, o jantar é entregue no domicílio), higiene pessoal, cuidados de saúde, tratamentos de roupa e acompanhamento a consultas. Ainda, nestas respostas, asseguram-se ainda a administração de medicamentos, a marcação de consultas de especialidade, os cuidados de enfermagem, o acompanhamento psicossocial, os transportes e o acesso a atividades promovidas pela instituição (ginástica, boccia, música, hidroginástica, entre outras descritas no plano de atividades). Por outro lado, são ainda prestados serviços de cabeleireiro e cuidados de imagem mais específicos, como por exemplo manicure e/ou pedicure. No entanto, tal como está referido no regulamento destas respostas, estes serviços não estão incluídos no valor da mensalidade, funcionando como um extra. Contudo, no decorrer do trabalho de observação realizado, percebemos que a generalidade dos idosos recebe os dois últimos serviços referenciados (manicure/pedicure), sendo que os mesmos ocorrem com bastante regularidade. Estes serviços de imagem são prestados por uma auxiliar, de manhã, diariamente, havendo rotatividade dos idosos beneficiados (Regulamento da instituição, Centro de Dia, Artigo 7º, Anexo I).

Tabela 9 – Serviços Diários e Rotinas dos idosos das respostas sociais de ERPI e CD

Serviços Diários e Rotinas

Transportes	Manhã: 7h30 – 8h45; Tarde: 16h-17h;
Higiene	14h- 15h30 aos idosos de Centro de Dia 6h30 – 9h/ 19h- 21h ERPI
Cuidados Terapêuticos	12h a todos os idosos; os serviços de enfermagem são igualmente neste horário
Alimentação	Pequeno-almoço - 8h15 – 9h30 Almoço - 12h – 13h15 Lanche - 15h30-16h30 Jantar – 18h
Atividades	Boccia, Ginástica, Hidroginástica, Ateliê de Música e Outras Atividades Estipuladas no Plano de Atividades

Fonte: Informação obtida através da Observação participante, e da Análise documental

Deste modo, através do recurso à observação participante, vemos que a prestação de serviços efetuada procura contemplar as necessidades básicas dos idosos e colmatar as suas carências económicas. Apesar das necessidades básicas serem, na sua maioria, satisfeitas pelos serviços referidos, consideramos, todavia, que a equipa técnica da presente estrutura falha ao nível do acompanhamento personalizado, na medida em que deveria potenciar um contato diário com os idosos.

Sendo o envelhecimento, tal como supra mencionamos, um processo que ocorre de modo diferenciado de pessoa para pessoa (Beauvoir, 1990, citado por Simões e Sapeta, 2017), a individualidade de cada idoso, enquanto ser único, com características e especificidades exclusivas, deve ser relevada por parte dos trabalhadores da instituição, em especial, no caso dos idosos institucionalizados, pois estão sujeitos a diversas mudanças, nomeadamente na sua rotina e nas suas relações familiares e comunitárias.

Esta instituição apresenta um horário de funcionamento extremamente flexível. A resposta de centro de dia funciona de segunda-feira a sexta-feira entre as 7h30 e as 20h,

embora existam idosos que ultrapassem esse horário de encerramento, uma vez que os seus familiares, por motivos profissionais, se veem impedidos para cumpri-lo.

Por outro lado, apesar da resposta de centro de dia estar encerrada aos fins de semana e feriados, existe a possibilidade de os idosos a frequentarem, desde que avisem previamente a diretora técnica. Além disso, e de acordo com o referido no regulamento, nas duas respostas sociais existe um horário de visitas definido (das 15h às 18h em centro de dia e das 09:00h às 18:30h na estrutura residencial). Contudo, caso alguém pretende visitar fora desse mesmo horário, deve solicitá-lo de forma a não perturbar o normal funcionamento dos serviços. Todavia, verificamos que esta última situação não é respeitada.

Ainda, esta instituição assume uma política de “porta aberta”, a qual permite a entrada e saída da instituição de forma livre. No que concerne aos idosos, estes possuem essa mesma liberdade, salvo contra indicação médica ou familiar. Por exemplo, nos casos de patologias mentais, como Alzheimer ou outro tipo de demência, a saída da instituição é somente realizada com acompanhante (artigo 24º do regulamento interno de Centro de Dia, 2015, anexoI).

Embora exista alguma flexibilidade relativamente a certas regras, há outros serviços nos quais o horário de funcionamento é rigorosamente definido como, por exemplo, os horários dos transportes, das refeições e das higiènes. A tabela 9 evidencia os serviços e as rotinas que são prestados aos idosos destas respostas sociais.

Relativamente aos transportes direcionados para os idosos de centro de dia, verificamos que nem todos usufruem desse serviço. Em algumas situações, é a família que tem a cargo essa responsabilidade. Quanto aos restantes que são beneficiados pelo respetivo serviço, o transporte é efetuado nas carrinhas da instituição, sendo que na parte da manhã existem duas auxiliares a realizar a volta, com início às 07h30 e término às 08h45. Já na parte da tarde, os transportes iniciam-se às 16h e terminam às 17h. Neste âmbito, consideramos importante realçar que apenas uma carrinha se encontra adaptada às necessidades dos idosos como dificuldades de locomoção, tendo capacidade para transportar, no máximo, duas cadeiras de rodas. As restantes carrinhas, apesar de não estarem aptas ao transporte de cadeirantes, possuem também um apoio para facilitar a entrada nos veículos.

A nível alimentar, verificamos que, nas duas respostas, são assegurados os serviços de pequeno-almoço, almoço, lanche e de jantar. Os idosos que frequentam a resposta de centro de dia, levam o jantar para as suas casas, o qual normalmente contém sopa, pão e fruta. As refeições diárias ocorrem no refeitório um local composto por mesas de 4 ou 8 pessoas tendo cada um o seu lugar. Trata-se de um espaço amplo, com uma saída exterior para o jardim.

Os cuidados de higiene constituem outro serviço prestado por estas respostas sociais. Relativamente aos idosos de centro de dia, a higiene é feita diariamente, no horário da tarde, dividindo-se em banho completo e banho parcial, sendo o primeiro é realizado duas vezes por semana. Todavia, um aspeto verificado e que revela atenção ao bem-estar dos idosos em causa, concerne com os cuidados de higiene nos idosos de sexo masculino. Estes, não raras vezes, solicitam que os mesmos sejam efetuados por auxiliares homens, sendo tal pedido cumprido pela instituição, exceto nas situações em que o auxiliar em causa não esteja em funções. De facto, em conversas intencionais estabelecidas com estes idosos, foi evidente a preferência referida.

Em relação aos idosos da estrutura residencial, é possível verificar que os cuidados de higiene ocorrem em dois momentos do dia: de manhã e à noite. O banho parcial e o banho completo são alternados de acordo com a rotina estabelecida. Em regra, o banho é supervisionado, com exceção dos casos em que os idosos não possuem qualquer debilidade, quer a nível cognitivo quer a nível funcional. As casas de banho estão equipadas com cadeiras de duche, cadeiras sanitárias e apoios de auxílio à mobilidade. Já os serviços ligados aos cuidados de saúde destinam-se ao acompanhamento de consultas, administração terapêutica, cuidados de enfermagem e acompanhamento médico semanal. O acompanhamento médico é feito pelos profissionais da instituição, caso a família não tenha disponibilidade para o realizar, sendo que, maioritariamente, o mesmo cabe à diretora técnica, à animadora sociocultural ou ao psicólogo. Quanto à administração terapêutica, e na medida em que os medicamentos são devidamente preparados pela farmácia parceira da presente instituição, esta é realizada pela auxiliar de serviço. Aquando da entrada do idoso nesta estrutura social, é imediatamente enviada a respetiva guia de medicação à farmácia em causa.

Relativamente aos idosos da resposta de centro de dia, tal situação não acontece. Nestes casos, consoante a guia da medicação que os mesmos trazem, é à chefe auxiliar que incumbe a preparação diária desses medicamentos. É de realçar que qualquer tipo de alteração ou ajuste nessa medicação é realizado pela diretora técnica com ordem de familiar ou médico. Outro aspeto relevante diz respeito à medição semanal das tensões, sendo os respetivos valores registados no processo clínico individual do idoso. Nesse mesmo registo, acresce a informação sobre os níveis de glicemia (que no caso dos utentes diabéticos são medidos diariamente), os níveis de oxigénio, e questões mais específicas relativas a cada utente. Este tipo de apontamentos serve para leitura semanal do médico que presta serviços na instituição e são informações relevantes sempre que os idosos dão entrada nos hospitais ou têm consulta de especialidade. Para a realização destes serviços de cuidados de saúde, esta instituição tem

um gabinete médico onde os mesmos ocorrem. Assim o gabinete médico consiste num espaço onde o médico e a enfermeira prestam os seus serviços. Trata-se de um espaço composto por uma mesa, uma marquesa, um cadeirão e uma casa de banho. Ainda, contém todos os aparelhos e utensílios necessários à prestação dos cuidados de saúde aos utentes, nomeadamente, a administração da insulina, medição das tensões, realização de curativos, entre outros. Contém ainda os registos de cuidados diários.

4.3 – Equipa de profissionais

Tabela 10 – Equipa de Profissionais das Respostas Sociais do CSPT

CD e ERPI	SAD
1 Assistente social – Coordenadora das Três respostas sociais	
1 Psicólogo	1 Assistente social
1 Animadora Sociocultural	
	1 Psicólogo
20 Ajudantes de Ação Direta e Auxiliares	
<ul style="list-style-type: none"> • 7 Ajudantes de Ação Direta • 12 Trabalhadores Auxiliares 	4 Ajudantes de Ação Direta (divididas em 2 equipas)
1 Lavandeira	
3 Voluntários	

Fonte: Informações recolhidas através da Observação Participante e Conversas Intencionais

O quadro acima apresentado mostra a composição da equipa que exerce funções nas respostas sociais relativas à terceira idade. Assim, a equipa é constituída por uma diretora técnica que coordena as três respostas sociais e está encarregue de coordenar e orientar o funcionamento e o respetivo desempenho da sua equipa. Ainda, compete à diretora dirigir e assumir as principais responsabilidades destas valências, assegurar a execução das regras, o atendimento das famílias, a integração dos idosos e avaliar os problemas e necessidades dos mesmos. Contudo, o acompanhamento destes indivíduos e a perceção dos seus queixumes são tarefas igualmente realizadas pelos funcionários destas estruturas. Isto acontece porque, não raras vezes, as funções de gabinete (de origem burocrática), e que carecem de resolução urgente, condicionam a disponibilidade da diretora técnica. O gabinete da mesma é um espaço onde a mesma trata dos assuntos burocráticos e realiza o atendimento das famílias ou dos

próprios idosos. Contém duas mesas, armários onde estão todos os processos (PI) e documentos importantes dos idosos e da instituição.

Paralelamente, exercem ainda funções nesta estrutura um psicólogo e uma animadora sociocultural. Como o primeiro se encontra em regime de part-time, desempenha a sua atividade laboral somente três dias por semana, sendo que esta consiste no acompanhamento psicossocial dos idosos e na realização dos PI. Já a animadora encarrega-se da realização das dinâmicas com os idosos. É de salientar que o acompanhamento a consultas, entras situações, fora da instituição, são feitos geralmente por estes dois elementos da equipa técnica.

Deste modo, esta instituição possui uma cultura organizacional através da qual as diferentes respostas sociais apresentam a mesma equipa de trabalho, ou seja, as respostas de CD e ERPI são orientadas e direcionadas pelos mesmos elementos. Assim, existem cerca de 20 trabalhadores que se dividem em Ajudantes de ação direta (7) e auxiliares (12). Os primeiros são aqueles que prestam cuidados de higiene, cuidados de saúde primários e que se ocupam do tratamento da roupa, da administração de medicamentos e outros serviços que sejam necessários. Quanto aos auxiliares, tal como como o próprio nome evidencia, prestam auxílio às ajudantes de ação direta nos serviços por elas desempenhado. Além disso, existem ainda algumas auxiliares que realizam funções de limpeza nas repartições da instituição, tais como, nos quartos, casas de banho, gabinetes e sala de convívio. Existe ainda uma auxiliar responsável pelos cuidados de imagem dos idosos, bem como pelos transportes de Centro de Dia.

Os outros elementos que completam esta equipa são os professores das atividades e ateliês, nomeadamente, a professora de música, professor de boccia, professor de ginástica e hidroginástica. A enfermeira e o médico são outros elementos que prestam serviços ocasionais nesta instituição. A enfermeira trata dos curativos, algalias e sondas, enquanto o médico assume outras funções mais especializadas. Em relação ao voluntariado, temos uma voluntária na resposta social da terceira idade. É ainda de evidenciar que, uma a duas vezes por mês, a presente estrutura dispõe também de uma cabeleireira.

No que diz respeito ao SAD, são quatro os elementos que disponibilizam os serviços necessários aos utentes. Os mesmos dividem-se em duas equipas, prestando cuidados de higiene, tratamento de roupa (em alguns casos) e cuidados da habitação. Em regra, os produtos utilizados são fornecidos pela instituição. Ainda, quando a retaguarda familiar se revela consideravelmente precária e insuficiente, a própria instituição assume certos encargos adicionais como o pagamento de contas da habitação, o fornecimento de roupa, o acompanhamento a consultas ou a administração da medicação. As ajudantes de ação direta,

que prestam serviços na resposta de Apoio Domiciliário, na parte da tarde, realizam a higiene aos utentes de Centro de dia.

Finalmente, é importante salientar que as funcionárias responsáveis por prestar os referidos serviços aos idosos não possuem qualquer tipo de formação específica nesta área, tendo, maioritariamente, somente o 9º ou o 12º ano de escolaridade. No entanto, e tal como é exigido pela entidade patronal, participaram em algumas formações especializadas e direccionadas para indivíduos que trabalham com a população da terceira idade. Assim, entre os elementos da equipa técnica, os únicos que apresentam formação especializada na área são a assistente social, o psicólogo e a animadora sociocultural, sendo estes dois últimos aqueles que passam mais tempo com os idosos.

Espaços institucionais

Como a instituição abarca várias faixas etárias nas suas diferentes respostas sociais, a constituição do espaço físico é bastante alargada. Contudo, os espaços que iremos fazer referência dizem respeito ao Centro de Dia e aos ERPI. Ao longo do texto fomos fazendo referência aos diferentes espaços institucionais, contudo aqueles que iremos aqui abordar são outros.

Assim, em primeiro lugar, a nossa caracterização direccionar-se-á para a composição interior, destacando-se:

Tabela 11 – Espaços Institucionais

Salas de convívio

A segunda sala de convívio situa-se no piso superior, perto dos quartos, sendo um espaço-multifunções, na medida em que é frequentado pelos idosos mais dependentes e por aqueles que se querem resguardar no silêncio. A multifuncionalidade desta sala deve-se ao facto de as refeições dos idosos que a frequentam serem servidas neste mesmo espaço. Aqui, fazem-se também atividades, assiste-se televisão e há momentos de descanso. A sala é composta por cadeiras, mesas, uma televisão e uma bancada com armários e micro-ondas. Como esta localiza-se numa zona perto dos quartos, à noite, após as a realização dos cuidados de higiene, os idosos que mostrarem vontade vêm para a sala ver televisão ou para disfrutarem da companhia dos outros e das

	funcionárias.
Cozinha	A cozinha contém todos os equipamentos necessários para a confecção das refeições dos idosos. Esta é composta por fogão, forno, frigoríficos, bancadas e uma dispensa.
Lavandaria	Contém máquinas industriais de lavagem e secagem de roupa, dois ferros de engomar, um armário dividido em prateleiras com números para se colocar as roupas dos idosos.
Quartos	Todos os quartos contêm uma casa de banho adaptada, armários individuais para cada idoso, e camas que podem ser articuladas para aqueles que possuem maiores dificuldade de locomoção, ou camas de solteiro normais para quem se consegue mover facilmente.
Cabeleireiro	Local composto por uma cadeira e um espelho. A cabeleireira presta, uma a duas vezes por mês, serviços na presente instituição.

Fonte: Informação recolhida através da Observação Participante

No que concerne ao espaço exterior, este possui um jardim bastante extenso, composto por cadeiras e bancos para os idosos disfrutarem de momentos ao ar livre. Por outro lado, como esta instituição tem respostas sociais direcionadas para a infância, existe ainda neste jardim um parque infantil separado por gradeamento. Ainda, e dado o cariz religiosos da estrutura, existe também uma pequena capela.

4.4 - Plano de Atividades

Com base nas conversas estabelecidas com a diretora técnica, tivemos conhecimento que o plano de atividades é preparado, anualmente, pela mesma em conjunto com a animadora sociocultural.

Assim, e dado o leque de atividades desenvolvidas, em primeiro lugar centraremos a nossa análise nas ações extra, como a Ginástica, Hidroginástica, Boccia e Música. Relativamente à ginástica, a mesma ocorre em dois momentos e locais distintos. Assim, realiza-se à quinta-feira no pavilhão desportivo da cidade e à sexta-feira no salão da instituição, sendo que o material utilizado é facultado pelo respetivo professor. Quanto às restantes atividades referidas, a atividade de hidroginástica também se realiza fora da instituição, o ateliê de música ocorre à quarta-feira à tarde e, finalmente, o boccia que se realiza à quinta e sexta-feira na parte da tarde com grupos diferentes em cada dia.

Além destas atividades extracurriculares, existem as dinâmicas festivas que ocorrem anualmente como, por exemplo, o magusto, o dia internacional do idoso, o carnaval, os passeios anuais, os picnics, entre outras.

Todavia, e apesar da realização anual do plano de atividades, o mesmo não é posto em prática. A tabela seguinte mostra o plano de ações pré-determinado.

Tabela 12 - Plano de Atividades das Respostas Sociais de CD e ERPI

Plano de atividades na integra	Aquilo que é realizado
Fisioterapia: 2 vezes por semana	Fisioterapia: não acontece, foi suspensa
Caminhadas: todos os dias	Caminhadas: apenas acontecem
Treino de leitura: 1 vez por semana	diariamente por alguns idosos
Jogos de Estimulação Cognitiva: 2 vezes por semana	Treino de leitura: não acontece
Tertúlias: sempre que oportuno	Leitura do jornal: é feita por alguns idosos,
Leitura do jornal\ comentários: 1 vez por semana	contudo a leitura para todos não se realiza.
Atividades de expressão dramática: 1 vez por semana	Atividade de expressão dramática: não se realiza habitualmente.
Atividades De Expressão Plástica: 1 a 2 vezes por semana	Jogos de estimulação cognitiva: não se realizam com a periodicidade esperada.
Atividades Religiosas - Celebração da Eucaristia: 24 e 31 de dezembro	Atividades religiosas: são aquelas que ocorrem conforme o que está planeado.
Recitação do terço: todos os dias	
Distribuição da comunhão: todos os domingos	

Fonte: Plano de Atividades do CSPT (2018)

O plano de atividades destas respostas sociais não é colocado em prática na sua totalidade. Se analisarmos o quadro evidenciado, verificamos que as atividades não ocorrem regularmente, ou seja, numa determinada semana podem existir vários momentos dinâmicos e, em contrapartida, na semana seguinte não ocorrer nenhum.

Mais uma vez, consideramos que a polivalência dos técnicos obsta ao cumprimento dos planos de atividades propostos. A título de exemplo, os jogos de estimulação cognitiva são previstos duas vezes por semana, contudo, tal não é cumprido. Também o treino cognitivo, quando ocorre, não é programado e incide, em regra, sobre o mesmo grupo de

peessoas. Ainda, salientamos também que as sessões de fisioterapia foram interrompidas, indeterminadamente, por impedimentos profissionais da fisioterapeuta.

Contudo, existem atividades que decorrem sem a necessária presença dos técnicos tais como as caminhadas, as atividades de cariz religiosos e o treino da leitura. De facto, a leitura dos jornais é realizada diariamente, de modo inconsciente e por gosto, tornando-se, mesmo, um hábito rotineiro para muitos.

Deste modo, consideramos que as atividades desenvolvidas com os idosos não tomam em consideração as necessidades específicas de cada utente. Se tivermos como base as escalas avaliativas, verificamos que os idosos com défices cognitivos evidentes não são os destinatários das dinamizações mais direcionadas e específicas. Além disso, as atividades levadas a cabo destinam-se, quase sempre, aos mesmos idosos, revelando um certo conformismo e uma certa passividade por parte dos profissionais que as executam.

Ainda, e tendo em conta as análises efetuadas ao plano de atividades, percebemos que as atividades extra são realizadas na íntegra, enquanto que as restantes ocorrem ocasionalmente. Efetivamente, a atividade física é aquela que representa a maior adesão por parte dos idosos, uma vez que se encontra inserida no âmbito das atividades extra.

As atividades desenvolvidas ocorrem na sua maioria, na sala de convívio dos idosos que é um espaço onde os idosos passam a maior parte do seu dia, sendo composto por cadeiras, duas mesas e três televisões para que todos consigam ver televisão. Aí os idosos aproveitam para passar o seu dia, para descansar, disfrutar da companhia dos seus companheiros, ver televisão e, ainda, é um local de eleição para a realização de atividades promovidas pela animadora sociocultural. Para além disso, é onde decorrem as atividades de boccia com os idosos mais dependentes e o ateliê de música. Há ainda um salão que é um espaço compartilhado com as respostas da infância onde se desenvolvem as atividades de boccia, para os mais autónomos e ginástica.

4.5 - Análise SWOT

A análise SWOT é o processo que deve sustentar o sistema organizacional de uma instituição, visando verificar se aquilo que é oferecido ao mercado tem a possibilidade de alcançar o sucesso pretendido e identificar as limitações. Assim sendo, os pontos-chave desta análise são: os pontos fortes (Strengths), nomeadamente, aquilo que se pode retirar da instituição como algo potenciador; os pontos fracos (Weaknesses), ou seja, as lacunas de um

sistema organizacional; e, ainda, as ameaças (Threats) e oportunidades que se podem agarrar (Opportunities) (Westwood, 2006).

A identificação e concretização de todos estes elementos de análise conduzem à identificação de aspetos-chave que permitam estabelecer. Ainda, funcionam como um alerta dos problemas e lacunas que carecem de resolução. Esta análise permite também proceder à avaliação interna e externa da realidade institucional (Lindon et al. 2009). Assim, a realização deste procedimento permite percepcionar as fragilidades existentes no seio institucional e, desse modo, construir estratégias para futuras intervenções. Além disso, a identificação das ameaças existentes confere à organização o conhecimento acerca dos pontos externos potencialmente perigosos para a mesma. Também o envolvente deve ser objeto de análise, na medida em que permite a identificação dos factores exteriores preponderantes para o desenvolvimento desta estrutura organizacional.

Tabela 13 - Análise SWOT das respostas sociais de CD e ERPI do CSPT

Pontos Fracos:	Pontos Fortes:
Plano de atividades por realizar (mas não na integra); Limitações ao nível das atividades que permitem satisfazer as diversas necessidades dos idosos; Plano de atividades não dirigido a todos os idosos; Polivalência das funções dos técnicos; Inexistência de acompanhamento das famílias na resposta social de Centro de Dia; Fragilidades ao nível da segurança.	Assistência médica e cuidados de saúde permanentes; Existência de boas áreas externas envolventes; Envolvência da comunidade; Cumprimento das normas estabelecidas pela Segurança Social
Ameaças:	Oportunidades:
Existência de estruturas residenciais privadas na área envolvente; Más condições económicas dos idosos ou das famílias; Escassa oferta de vagas em lares de idosos (IPSS) para o elevado número de idosos com baixos recursos da freguesia.	Aumento do envelhecimento demográfico, o que leva a uma maior procura das respostas sociais (ERPI e CD); Parcerias com as entidades da comunidade local, nomeadamente com equipamentos desportivos - Piscinas Municipais - para a realização de fisioterapia.

Fonte: Informação recolhida através das conversas intencionais e observação participante

4.6 - Identificação dos Problemas

Identificação de problemas

Tabela 14 – Identificação dos Problemas

Problemas	Causas	Caminhos de Intervenção
<p>1. Falta de integração dos idosos com dependência cognitiva ou física nas atividades da instituição.</p> <p>Este problema foi desde logo perceptível no início do “ano letivo”, ou seja, quando começaram a decorrer as atividades do cento. Como o estágio se iniciou em agosto, as atividades que ocorrerem neste mês foram escassas, pois trata-se do mês de “férias” dos idosos. Foi evidente, no decorrer do tempo, que muitos idosos que padeciam de dependência física ou cognitiva não eram inseridos nas atividades. Apenas quando ocorriam aulas de boccia é que se verificava a participação de todos. Nas restantes atividades, a animadora sociocultural ocasionalmente insere-os nas atividades.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Falta de recursos humanos;• Estereótipos e representações negativas em relação aos idosos;• Falta de profissionais na equipa direcionados exclusivamente para a dinamização de atividades;	<ul style="list-style-type: none">• Motivar idosos a participar nas atividades;• Sensibilizar os profissionais para a importância da estimulação cognitiva;• Fomentar um maior conhecimento relativamente ao envelhecimento ativo;• Incrementar a participação dos grupos de idosos nas atividades desenvolvidas;
<p>2. Inexistência de atividades que potenciem a estimulação cognitiva</p> <p>Tal como acontece no problema identificado anteriormente, foi de certo modo perceptível, no decorrer do estágio, que as dinâmicas existentes em nada se coadunavam aos problemas cognitivos dos idosos em questão. Mais concretamente, não existia nenhum tipo de atividade no sentido de impulsionar a estimulação cognitiva dos idosos. Quer para idosos que possuem algum défice</p>	<ul style="list-style-type: none">• A estrutura organizacional não permite que os profissionais especializados se direcionem exclusivamente para o desenvolvimento das atividades;• Pouco conhecimento em relação à estimulação cognitiva;• Conformismo e passividade em relação aos idosos,	<ul style="list-style-type: none">• Consciencializar para a importância da estimulação cognitiva• Estimular os idosos para aumentar a qualidade de vida no envelhecimento;• Promover um envelhecimento ativo;

<p>cognitivo, quer para os que se encontram bem, as dinâmicas presentes nesta instituição não são propriamente destinadas a esse fim. Assim, como forma de realizar um diagnóstico dos idosos desta instituição, aplicamos as escalas de Mini Mental e Adenbrooke. Posto isto, tornou-se evidente que muitos idosos se encontravam afetados cognitivamente.</p>	<p>relativamente àqueles que referem que não querem ou que não conseguem cumprir as atividades;</p>	
<p>3. Falta de momentos de intergeracionalidade A instituição, além de abarcar as respostas sociais direcionadas aos idosos, também contém valências de creche, jardim-de-infância e ATL. Deste modo, ocasionalmente, o jardim-de-infância ou a creche dirige-se à sala dos idosos como, por exemplo, para dar os “bons dias”. Por outro lado, em épocas festivas juntam-se as valências e realizam-se dinâmicas em conjunto. Também, quando o jardim realiza a exposição de atividades, os idosos vão assistir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em conciliar horários entre os dois tipos de respostas sociais; • Incompatibilidades/conflictos entre os funcionários de cada resposta social; • Conformismo por parte dos profissionais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a intergeracionalidade, sensibilizando os funcionários para a sua importância; • Fomentar um melhor relacionamento entre os utilizadores das diversas respostas sociais; • Promover mais momentos para que as respostas sociais aconteçam de modo regular;
<p>4. Escassa interação da família com os idosos na instituição. Este problema tornou-se perceptível com os idosos institucionalizados. Em alguns casos, os familiares moram longe e isso incompatibiliza a presença dos mesmos. Contudo, também os conflitos familiares existentes motivam estas situações. Contudo, é notório que os idosos gostariam de ter o seu núcleo familiar mais presente e próximo, contribuindo para se sentirem mais felizes e a institucionalização era encarada com maior facilidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Circunstâncias da vida (emigração, trabalho); • Conflitos familiares; • Não investimento da instituição na criação de atividades que mantenham ou fomentem essas relações 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais interação entre os idosos e as suas famílias; • Melhoria do relacionamento familiar

Fonte: Informação recolhida através das conversas intencionais e observação participante

CAPÍTULO 5 - PROJETO DE INTERVENÇÃO: ERA: ENVELHECER A RECORDAR APRENDIZAGENS

Um projeto interventivo no âmbito da gerontologia social deve primar pela distinção e pela inovação. Para a realização destes trabalhos, passamos por várias etapas, nomeadamente, pelo diagnóstico, pela planificação, execução e avaliação.

Deste modo, a primeira etapa referida consiste na expressão de uma vontade que algo mude, sendo para tal necessário avaliar os recursos e as necessidades existentes para se poder elaborar um projeto. A segunda etapa, sendo esta uma das mais essenciais, baseia-se na examinação da situação existente e na execução de um diagnóstico social. Já a terceira etapa centra-se no desenho das ações, mais propriamente no desenho do projeto. Por último, temos a divulgação, realização e avaliação do projeto executado (Guerra, 2000).

No âmbito da gerontologia social, a implementação de um projeto de intervenção em respostas sociais é preponderante para fazer face às fragilidades dos idosos e das estruturas onde estão integrados. Como foi referenciado ao longo do diagnóstico, o processo de envelhecimento acarreta uma variedade imensa de mudanças na vida do indivíduo. A promoção de um envelhecimento ativo é, assim, um objetivo a alcançar, de forma a potenciar e fomentar as potencialidades desses mesmos idosos e responder às suas necessidades. De facto, ao longo do estágio, percebemos a importância da estimulação deste tipo de modo de envelhecer. A intervenção orientada para o envelhecimento ativo rege-se pela otimização da segurança, da participação social, da saúde e da aprendizagem ao longo da vida, ou seja, no fundo, fomentando, entre outros aspectos, a participação em diversas dinâmicas de animação sociocultural.

A promoção de um envelhecimento ativo vê na animação sociocultural uma metodologia necessária para a otimização das oportunidades pressupostas neste conceito, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, procurando desenvolver a comunicação, a participação e meios de interação (Bermejo, 2009).

A animação sociocultural ao nível da gerontologia permite criar e desenvolver projetos, na medida em que os seus pressupostos evidenciam uma intervenção ativa e participativa dos idosos, olhando para o aproveitamento construtivo da vida pessoal. Além disso, esta considera o idoso o protagonista dessa intervenção e ao qual se deve dar o devido destaque (Pérez, 2004). Por outro lado, a animação, quando interventiva, incrementa nos idosos a possibilidade de se envolverem em dinâmicas que são propícias à estimulação das capacidades físico-motoras, cognitivas e culturais dos idosos (Martins, 2013).

Terminados os diagnósticos e, conseqüentemente, conhecida a realidade dos idosos e das duas respostas sociais onde os mesmos estão inseridos, passamos a nomear os principais caminhos de intervenção a seguir e que permitem, a nosso ver, conferir uma resposta eficaz às necessidades encontradas.

5.1 - Caminho para a intervenção

Os indivíduos idosos passam por diferentes etapas, vivem inúmeras alterações e os papéis que assumem perante a sociedade são igualmente alvo de modificações. Estas alterações vivenciadas apresentam um impacto maior quando os mesmos estão inseridos em respostas sociais. Isto acontece porque, nestas situações, os idosos são supervisionados e acompanhados por um maior grupo de pessoas e por especialistas na direção e no tratamento de certos problemas que possam surgir.

O acompanhamento individualizado e especializado surge como um dos principais motivos para a procura de respostas sociais. Após diversas pesquisas sobre o envelhecimento em repostas sociais ou noutros contextos, percebemos que o envelhecimento ativo assume uma importância e um papel cada vez mais preponderante na sociedade atual. Sempre que existam recursos, sejam estes financeiros, materiais ou humanos, a promoção deste modo de envelhecer é assumida como um objetivo pelas diversas respostas sociais.

Durante o estágio, vimos que a promoção dos pressupostos deste conceito foi tentada pela diretora técnica, desde o primeiro momento, como tema de intervenção e percebemos de que forma este princípio de envelhecimento ativo era posto em prática. Assim, reparamos que estas respostas sociais dão primazia à promoção da saúde, evidenciando-a como um dos factores preponderantes na qualidade de vida dos idosos.

Deste modo, e entendendo-se por envelhecimento ativo “*o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança e a aprendizagem ao longo da vida, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (OMS)*” (Centro Internacional de Longevidade Brasil., 2015). Assim consideramos ser necessário a implementação de um trabalho mais amplo pelas respostas sociais, não se cingindo apenas à promoção de saúde e a garantir a realização das atividades básicas de vida diária. Ter atenção aos aspetos psicológicos e sociais de cada indivíduo idoso é fundamental para o processo de envelhecimento. Como a esperança média de vida é cada vez mais prolongada, as respostas existentes devem estar aptas a proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos, tendo em consideração os seus problemas e as suas necessidades de sociabilidade, de autoestima e de autorrealização.

Tendo por base a participação social, referida anteriormente como um dos pilares do envelhecimento ativo, verificamos que a equipa técnica da presente instituição tenta instigá-la diariamente. Contudo, o número de idosos que participam nas diversas atividades é reduzido, o que deixa os restantes um pouco condicionados. É por este motivo que aparece a animação sociocultural, visando quebrar ideias pré-concebidas, preconceitos e estereótipos relativos ao envelhecimento. Assim, a animação sociocultural, enquanto conjunto de técnicas sociais baseadas numa perspetiva participativa, tem como intuito promover a participação ativa dos indivíduos em diversas atividades dos locais onde estes estão inseridos, desde respostas sociais, grupos ou comunidade, bem como apelar ao desenvolvimento de várias áreas e motivar o progresso da qualidade de vida (Ander Egg, 2000). Ou seja, a animação sociocultural destaca-se como um instrumento técnico utilizado para promover um envelhecimento ativo (Antunes & Leandro, 2016).

Segundo Jacob (2007), a animação sociocultural com indivíduos idosos aparece para dar resposta à diminuição ou inexistência de dinâmicas sociais e relações sociais que daí possam advir. Deste modo, hoje em dia, as respostas sociais (sejam elas estruturas residenciais ou centros de dia) com animação sociocultural são uma mais-valia para o processo de envelhecimento, uma vez que desempenham um papel preponderante na qualidade de vida dos idosos visados, possibilitando a ocupação dos tempos livres, a estimulação física e cognitiva e, ainda, a criação de espaços propícios ao desenvolvimento ou intensificação das interações sociais (Jacob, 2007).

Qualquer instituição que tenha como propósitos a promoção da qualidade de vida e o bem-estar dos idosos possui um conjunto de ações devidamente planeadas. É pois fundamental o delineamento de um plano de atividades diversificado e que consiga responder às necessidades e interesses demonstrados pelos idosos.

Nas repostas onde o estágio foi desenvolvido, verificamos algumas falhas no plano de atividades, na medida em que as ações levadas a cabo orientam-se, fundamentalmente, para a motricidade física, deixando de lado a estimulação das competências cognitivas. Consideramos, assim, que as atividades socioculturais deveriam ter em atenção esse mesmo aspeto e intensificar as funções cognitivas. Ainda, outra falha verificada deveu-se ao envolvimento, em regra, dos mesmos idosos nas atividades de animação sociocultural desenvolvidas.

Deste modo, o declínio de algumas capacidades no processo de envelhecimento ocorre de modo natural e daí a importância da animação sociocultural para combater e retardar estas

perdas cognitivas. A integração de idosos em atividades socioculturais é crucial no que toca ao seu desenvolvimento e envolvimento nas respostas sociais.

A estimulação cognitiva centra em si uma certa importância no processo de envelhecimento, pois a sua aplicação reabilita funções afetadas e visa uma melhoria da qualidade de vida e da funcionalidade. A procura por algo que estimule a parte cognitiva dos idosos é uma necessidade visto que as perdas cognitivas condicionam a sua vida, por exemplo, no relacionamento com os outros.

De modo a promover a saúde mental, podem ser utilizados Programas de Estimulação Cognitiva com a finalidade de inserir a pessoa idosa em diversas atividades. De salientar que as queixas mais comuns em avaliações psicológicas referem-se às perdas de memória (Castro, 2011). Efetivamente, um fator preocupante e que tem vindo a ser alvo de investigação é a relação entre o avanço da idade e a perda de capacidades cognitivas (Castro, 2011)

Posto isto, e avaliadas as necessidades existentes, vemos que um projeto de intervenção direcionado para a estimulação cognitiva é uma ferramenta importante para todos os idosos, mesmo para aqueles que ainda preservam as suas capacidades cognitivas. Por outro lado, e conhecidas as potencialidades deste grupo, percebemos que o ateliê musical é uma das atividades com maior adesão e interesse por parte dos idosos. Assim, concluímos que a expressão musical pode ser utilizada no projeto de estimulação, permitindo aliar uma necessidade a um interesse. A música funciona como estimulador de algumas capacidades dos indivíduos como a memória, a concentração ou a coordenação (Bertoncel, 2009). A capacidade de entre-ajuda é outra das potencialidades deste grupo e como tal irá ser utilizada na formação e organização dos grupos de atividades.

5.2 - Objetivos do projeto

Um projeto de intervenção social visa a integração dos indivíduos na realidade onde estão inseridos, tendo por base as suas necessidades e interesses. Segundo Serrano (2008), o desenvolvimento de um projeto tem como intuito responder a objetivos, passando assim por várias etapas até à sua implementação. Além disso, a compreensão das necessidades dos indivíduos é um elemento fundamental para que se consiga estabelecer determinadas metas que guiarão a respetiva realização do projeto (Serrano, 2008). Assim, encontramos-nos perante a fase de planificação do projeto de intervenção.

Qualquer projeto que almeje o êxito deve traçar objetivos explícitos. Segundo Guerra (2011), perante a existência de zonas cinzentas na sua realização, existem objetivos gerais a serem

cumpridos. Dentro destes, temos os objetivos específicos que se destinam aos indivíduos integrados num contexto (Serrano, 2008).

Neste sentido, foram elaborados como objetivos de intervenção:

- **Objetivos Gerais 1:**

- Promover as competências cognitivas dos seniores.

- **Objetivos específicos:**

- Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais;
- Estimular a memória a curto e longo prazo;
- Enriquecer o hetero-conhecimento;
- Favorecer a partilha de experiências passadas;
- Promover momentos de associação de imagens ou fotografias;

- **Objetivos Gerais 2:**

- Fomentar a integração dos idosos nas várias atividades.

- **Objetivos específicos:**

- Promover o interconhecimento;
- Promover a entajuda;
- Estimular a comunicação;
- Desenvolver momentos de ocupação para os idosos de acordo com as suas potencialidades e vontades;

3 - Recursos

Tendo como objetivo a implementação de um projeto, devemos atentar nas várias etapas e procedimentos subjacentes ao mesmo. Algumas destas etapas e/ou procedimentos já foram ultrapassados como, por exemplo, a fase de diagnóstico, através da qual contactamos com a realidade existente nas respostas sociais em causa.

Contudo, é de salientar que, feito o diagnóstico, um dos aspetos que considerarmos importante ter em consideração são os recursos disponíveis na instituição, sejam eles recursos humanos, físicos, materiais ou económicos (Serrano,2008).

Tabela 15 – Recursos das Respostas Sociais de CD e ERPI

Recursos Humanos	Recursos Físicos	Recursos Materiais	Recursos Económicos
Disponibilidade do psicólogo das respostas, a assistente	Gabinete do psicólogo e da animadora na	Material audiovisual como projetor computador,	Não foram elevadas quantias e por isso mesmo não

social e com a animadora sociocultural, profissionais importantes na organização das atividades desenvolvidas	medida em que era um espaço mais pequeno onde se podia obter mais facilmente a atenção dos idosos	materiais de trabalhos manuais como: quadros, balões e material de música como os instrumentos.	consideramos necessário solicitar o auxílio da instituição, apesar da sua disponibilidade.
---	---	---	--

Fonte: informação recolhida através da observação participante

4 - Da planificação à intervenção

1.1 - Priorização de problemas:

Planear um projeto de intervenção revela-se um processo de construção interventivo, tendo como base os objetivos que se pretendem atingir. Nesta fase são traçadas as prioridades e orientadas as linhas gerais que se pretendem alcançar (Guerra, 2000). Por outras palavras, vão-se alinhando os pressupostos gerais do projeto face a tudo aquilo que foi previamente considerado nos diagnósticos.

Assim, partindo dos problemas encontrados e face ao escasso tempo de estágio, é necessário determinar aqueles que são prioritários e que carecem de resposta urgente. Como tal, consideramos importante identificar dois problemas que se interligam:

- 1. Falta de integração dos idosos com dependência cognitiva ou física nas atividades da instituição.**
- 2. Inexistência de atividades que potenciem a estimulação cognitiva**

Realizada a priorização dos problemas encontrados, é necessário definir as estratégias que o projeto de intervenção deverá seguir, funcionando as mesmas como linhas gerais de orientação:

- Conhecer as experiências de vida dos idosos, nomeadamente o seu trabalho, as suas origens e os seus gostos pessoais;
- Respeitar a história de vida de cada um, bem como aquilo que está disposto a partilhar;
- Ter em consideração a capacidade cognitiva de cada indivíduo, de modo a que os grupos não sejam desequilibrados;

- Ter em consideração o gosto musical de cada um, tendo em vista o auxílio dos mesmos no desenvolvimento de planificação das dinâmicas;

Qualquer projeto deve almejar concretizar uma finalidade específica, isto é, “*uma visão que pressupõe o objetivo na base do movimento para diante, o que tem como efeito enviar a energia armazenada dos nossos sonhos e desejos.*” (Mendonça, 2002, p.18). quanto ao nosso projeto, este visa **promover uma melhor qualidade de vida, bem como o bem-estar pessoal e cognitivo dos idosos.** Note-se que o conceito de qualidade de vida pode ser associado à noção de bem-estar pessoal e de autoestima, sendo um termo subjetivo que depende de factores pessoais e culturais. Para além disso, é um conceito suscetível de variadas interpretações por parte de uma pluralidade de autores (Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente, 2005). Segundo Neri (2007) a promoção de qualidade de vida de um indivíduo deve ter em consideração o carácter de responsabilidade e empenho pessoal, aliado a uma importância de cariz sociocultural. É importante que a sociedade acompanhe as mudanças que ocorrem com os idosos e proporcionem condições para que essas mudanças ocorram com a devida e merecida qualidade.

5 - Quadro da ações

Ateliê da Memória

Concretizadas as etapas iniciais do processo de planeamento, passamos à definição do eixo de intervenção. Este eixo remete para a essência do projeto interventivo, ou seja, para os objetivos da sua implementação. Deste modo, esta destina-se à animação sociocultural apelando a dinâmicas de estimulação cognitiva. Assim, será na área da estimulação cognitiva que o projeto interventivo das repostas sociais de estrutura residencial e centro de dia se irá debruçar. Definimos, então dois eixos de intervenção: um mais direccionado para a aquisição e manutenção das competências cognitivas; e outro para a promoção e estimulação dessas mesmas competências através da fruição musical.

É importante evidenciar que os idosos, ao longo das sessões por nós preparadas, foram divididos em grupos, de forma a ser mais fácil captar a atenção dos mesmos. Por outro lado, a junção de indivíduos com graus cognitivos distintos serviu para equilibrar os respetivos grupos e potencializar a entreaajuda.

Tabela 16 - Ateliê de Memória

Objetivos Operacionais	Ações	Cronograma			Recursos			Responsável
Promover as competências cognitivas dos idosos	Atividades desenvolvidas	Jan.	Fev.	Mar.	Materiais	Financeiros	Humanos	
	Onde Pertence	X			Projeto; computador; papel; marcadores; impressora		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social
	Completa-me	X			Quadro, giz, impressora, papel, cortiça		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social
	Vamos recordar a nossa terra	X	X		Projeto; computador		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social
	Livro da Memória		X		Papel, caderno		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social

Ateliê de Música

Tabela 17 - Ateliê de Música

Tal como já tínhamos mencionado o segundo eixo de intervenção terá como intuito a estimulação das competências cognitivas dos idosos através da atividade musical que representa um grande interesse por parte deste grupo.

Objetivos Operacionais	Ações	Cronograma			Recursos			Responsável
		Jan.	Fev.	Mar.	Materiais	Financeiros	Humanos	
Fomentar a integração dos idosos nas várias atividades	Atividades desenvolvidas							
	Parou! Vai ter de continuar a cantar		X		Bola; computador; colunas		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social
	Bingo Musical		X		Cartolina; papel; computador, colunas		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social
	Telefone sem fios			X	Instrumentos musicais		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social
	Acompanha o ritmo da música			X	Computador; colunas		1 estagiária	1 estagiária de Gerontologia Social

Assim, consoante as escalas realizadas e a capacidade de entreaajuda, optamos por constituir grupos de 5 pessoas, mais ou menos equilibrados, contendo alguns idosos que apresentam défice cognitivo e outros que se encontram bem em relação ao seu estado cognitivo.

CAPÍTULO 6 - AVALIAÇÃO

Ateliê		Memória			
Título		“Onde Pertence”			
Objetivos		Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais; Estimular a memória a curto e longo prazo; Enriquecer o hetero-conhecimento; Favorecer a partilha de experiências passadas; Promover momentos de associação de imagens ou fotografias; Estimular a comunicação; Promover o interconhecimento;			
Nº Participantes:		27 Participantes			
Local onde foi realizado		Gabinete do Psicólogo			
Data:	15 a 19 de Janeiro	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h;14h;
Descrição:		Avaliação:			
Esta atividade foi dividida em dois dias para cada grupo. Nesta atividade os idosos tiveram de partilhar de experiências em relação à sua profissão. Cada idoso teve que compartilhar a profissão que desenvolveu ao longo da sua vida, o local onde a praticou e descrever de forma sucinta os instrumentos, a forma de trabalho entre outros aspectos que foram surgindo. Após esse momento mostramos algumas imagens aos idosos onde os		Nesta atividade todos os idosos participaram de forma ativa. De modo individual foram partilhando as suas profissões e um pouco da sua história de vida. Inicialmente, em todos os grupos, sentimos que os idosos estavam um pouco inibidos quando foi solicitado que falassem da sua profissão. No entanto, à medida que alguns foram interagindo e partilhando alguns aspetos, os outros acabaram por interagir na atividade e fazer o que era pretendido. O interesse e participação por esta atividade foi			

mesmos tinham de decifrar a que profissão pertencia. Primeiramente solicitamos, a casa idoso, que identificassem a profissão para que estavam a ver nas imagens. Posteriormente foi pedido que indicassem quem era o(s) elemento(s) daquela sala que praticaram aquela profissão ao longo da vida. Após estes momentos colocamos imagens de instrumentos de trabalho utilizados em determinadas profissões em cima da mesa, enquanto, na parede estava afixado as profissões correspondentes. O intuito era que os mesmos as identificassem.

Por último, realizou-se um jogo interativo, onde os idosos tinham de descobrir o intruso nas imagens apresentadas em formato digital. A projeção continha: o nome da profissão que era preciso encontrar e em baixo várias imagens de profissões variadas. O intuito era que os idosos indicassem qual a imagem que correspondia à palavra indicada em cima. O objetivo era colocar em prática as dinâmicas e as profissões trabalhadas nas sessões anteriores.

algo que aconteceu de forma gradual À medida que iam surgindo as diferentes dinâmicas, percebíamos que o interesse pelas mesmas aumentava. Além disso, reparamos que este receio inicial apresentado pelos idosos, deveu-se ao facto de os mesmos não serem habituados a ter momentos de dinâmicas e partilhas, em pequenos grupos e num local mais reservado. “*As coisas que às vezes fazemos são na sala e esta toda a gente a ver*” (Idosos J)

A interação que existiu entre os mesmos, também, foi surgindo no decorrer dos diferentes momentos das ações realizadas. Se numa fase inicial estavam mais acanhados e não interagiam uns com os outros, na última ação desta atividade até davam as respostas pelos outros para os ajudar a responder corretamente.

Opiniões no final da atividade:

“*Gostei muito e partilhar a minha profissão*” (Idoso M)

“*como ainda sou nova aqui... não conheço a vida destes senhores*” (Idoso A)

“*gostei mais da parte que tínhamos de conversar, e contar o nosso trabalho, é melhor, nas outras tinha de pensar muito, e agora já estou muito cansada*” (Idosa O)

Ateliê	Memória
Título	“Completa-me”
Objetivos	Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais;

		Estimular a memória a curto e longo prazo; Enriquecer o hetero-conhecimento; Estimular a comunicação;			
Nº Participantes		28 Participantes			
Local onde foi realizado		Gabinete do Psicólogo			
Data:	22 a 26 de Janeiro	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h; 14h
Descrição:		Avaliação:			
<p>Numa primeira fase foram apresentados alguns provérbios aos idosos. Enquanto os mesmos estavam sentados em forma de meia-lua, foi solicitado aos idosos que enunciassem alguns provérbios que conhecessem. Após essa partilha foram colocadas partes de alguns provérbios que foram mencionados. O objetivo era que os idosos completassem a frase e dessem modo completasse assim o provérbio. Quem sabia escrever, é pedido que se deslocasse ao quadro e os completasse, em contrapartida quem não sabia escrever completa oralmente.</p> <p>Como forma de intensificar a estimular mais a memória a curto prazo optou-se por realizar um pequeno jogo designado por “Dominó dos provérbios”. As peças do mesmo foram elaboradas pelos idosos. As</p>		<p>Nesta atividade houve algumas trocas nos grupos. Uma idosa solicitou que a mudássemos de grupo pois queria ficar perto das suas amigas.</p> <p>Os idosos aderiram muito bem a esta atividade, mostrando-se interessados em participar. Numa fase inicial, os idosos mostram-se interessados em evidenciar os provérbios que conheciam e em aprender novos. No entanto, quando iniciamos a segunda parte, de completar o quadro, verificamos que esse momento foi o mais complicado de toda esta ação. Pois os idosos começaram a ficar impacientes com a demora uns dos outros. Assim, tivemos de intervir e explicar que cada pessoa tem o seu tempo e cabe a cada um ajudar o outro caso ele não esteja a conseguir.</p> <p>Ao nível da interação, verificou-se que a mesma não foi sentida em todos os grupos da</p>			

peças tinham os provérbios incompletos, dos os quais idosos tinham de completar com a peça correspondente.

mesma forma. Num dos grupos existiu pequenos conflitos ente duas idosos, por se atropelarem uma à outra nos discursos que iam tendo, o que conduziu ao constrangimento do resto do grupo. Assim, decidimos que apenas iria responder quem fosse solicitado, o resto poderia ajudar se assim permitido. Tal situação teve sucesso inicialmente, contudo com o passar da atividade a situação voltava a repetir-se.

Na realização do dominó foi evidente, o interesse dos mesmos, pois como era algo mais dinâmico, os idosos mostraram interesse e vontade em jogar mais do que uma vez. No decorrer de um dos grupos, o presidente da instituição estava a fazer uma visita aos idosos e então decidiu sentar-se perto deles e ajudá-los a realizar a atividade, algo que tornou a atividade mais interessante para os idosos, pois sentiram-se acompanhados por uma figura de referência. Relativamente à interação dos profissionais com os idosos, verificamos que a única que esteve presente nesta atividade fo mesma a intervenção do presidente da instituição. Já connosco a interação ocorreu de modo positivo, durante o auxílio nas diferentes situações que iam surgindo.

Opiniões dos idosos:

“O padre Pedro ajudou-me muito, sem ele não sabia jogar”(Idosa R)

“gostei muito, já não me lembrava de muitos provérbios” “ não conhecia todas estas frases, mas agora já sei algumas” (Idosa G)“ Podemos fazer mais jogos de pensar, eu gosto” (Idosa E)

“Isto fazia pensar muito, mas até gostei, aprendi coisas novas e lembrei-me de muitas que já não me lembrava, deu para puxar pelo caco” (Idosa AT)

“Só não gosto de ter de ler, podíamos só falar” (Idoso J)

Ateliê		Memória			
Título		“Vamos recordar a nossa 1ª erra”			
Objetivos		Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais; Estimular a memória a curto e longo prazo; Enriquecer o hetero-conhecimento; Favorecer a partilha de experiências passadas; Promover momentos de associação de imagens ou fotografias; Estimular a comunicação; Promover o interconhecimento;			
Nº Participantes		28 Participantes			
Local onde foi realizado		Gabinete do Psicólogo			
Data:	28 de Janeiro a 2 de Fevereiro	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h;15h
Descrição:		Avaliação:			

Nesta atividade foram apresentadas, numa tela, diversas imagens dos locais onde os idosos residiram na maior parte da sua vida. Não só da freguesia onde nasceram como também, de pontos importantes da freguesia e da cidade.

Enquanto as imagens iam sendo passadas, foi solicitado aos idosos que falassem um pouco daquele espaço, identificando-o e evidenciando alguns momentos que possam ter passado ali. De seguida apresentamos aos idosos, algumas imagens antigas de certos locais da cidade, com o intuito que os mesmos evidenciassem as diferenças entre aquilo que existia antigamente e aquilo que existe hoje em dia.

Tivemos de realizar umas pequenas alterações nos grupos, para tentar colmatar os conflitos existentes nas últimas sessões. De realçar, que as alterações realizadas tiveram em conta aquilo as aprendizagens e conhecimentos já adquiridos pelos idosos.

Através da nossa observação foi perceptível esta atividade foi aquela que até então os idosos participaram de forma igual. Enquanto iam passando as diferentes imagens os idosos iam contando histórias de momentos que tinham passado ali, e de como agora estava tudo diferente. As imagens que evidenciavam os locais na atualidade foram as que tiveram um maior impacto na perceção dos idosos, na medida em que os mesmos estavam sempre a pedir para colocar a fotografia do antes e depois para identificarem as diferenças.

Ao nível da interação entre os idosos verificou-se que a mesmas aconteceu de forma natural e intensa, quando iam partilhando certos momentos e certas histórias do passado. Num dos grupos, a conversa e partilha de histórias alongou-se tanto que a atividade durou mais tempo do que o previsto. Como estava a ser muito produtivo, optamos por não quebrar aquele momento de intensificação da comunicação e promoção de heteroconhecimento. Quanto à interação com os profissionais, verificamos que esta não existiu. Contudo connosco os idosos foram comentando as imagens que iam passando e partilhando a sua opinião.

Opinião dos idosos:

“ Foi bom recordar o passado ” (Idosa T)

“como não saio daqui há muito tempo, não sabia como estava a minha terra, está muito diferente, gostei muito de a ver, gostava de ir lá”(idosa AC)

“gostei muito de ver o casino e praia antigas, agora já não é nada como era”(idoso A)

“ahh como eu gostava de ir à minha terra outra vez, há muito tempo que não vou, foi bom ver as coisas” (Idoso E)

“como já não saio muito de casa, só para vir para aqui, já não sabia como eram as coisas, estão muito diferentes agora “ (idosa F)

Ateliê		Memória			
Título		Livro da Memória			
Objetivos		Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais; Estimular a memória a curto e longo prazo; Enriquecer o hetero-conhecimento; Favorecer a partilha de experiências passadas; Estimular a comunicação; Promover o interconhecimento;			
Nº Participantes		27 Participantes			
Local onde foi realizado		Gabinete do Psicólogo			
Data:	5 a 9 de Fevereiro	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h;14h

Descrição:	Avaliação:
<p>Esta atividade consistiu em resumir aquilo que foi debatido nas últimas sessões deste ateliê. O intuito desta atividade foi trabalhar os temas inerentes à história de vida dos idosos, como: a profissão ou o local onde nasceram com o objetivo de reforçar as competências cognitivas. No decorrer desse momento de partilha, fomos sempre apelando aos idosos que identificassem por exemplo alguns idosos que se assemelhassem a eles na história de vida: na profissão ou no local onde viveram. Isto permitiu trabalhar as competências cognitivas dos idosos. Após essa partilha foi escrito um pequeno livro, onde continha um momento importante que os idosos quiseram partilhar. No final assinado pelos idosos.</p>	<p>No que diz respeito a esta atividade a mesma revelou-se bastante dicotômica. Quanto ao interesse demonstrado pelos idosos verificamos que esta ficou um pouco á quem das expectativas. Os mesmos mostraram-se cansados de estar sempre a referir a mesma coisa. Perante isto verificamos que o interesse dos idosos em relação a esta atividade não foi conseguido. Por outro lado, verificamos que apesar de não demonstrarem interesse os idosos participaram na atividade e verificamos que as sessões passadas tinham surtido algum efeito embora que ligeiro, no que diz respeito à memória a curto prazo. Quando colocamos as questões de recordar as histórias de vida de pessoas semelhantes, alguns idosos sabiam identificar perfeitamente essas mesmas histórias. Assim verificamos que ao nível da estimulação este ateliê teve um impacto positivo.</p> <p>Quanto à interação com os profissionais, verificamos que esta não existiu. Em relação à interação dos idosos connosco verificamos que a mesma aconteceu naturalmente na orientação da atividade</p> <p>Opiniões dos idosos:</p> <p><i>“ Outra vez falar das mesmas, coisas, desta vez, não gostei muito” (Idosa E)</i></p> <p><i>“Podíamos ter feito outras coisas, estamos sempre a falar no mesmo “ (Idosa L)</i></p> <p><i>“ não foi das que mais gostei, podíamos falar de outras coisas” (idoso J)</i></p>

Ateliê		Musical			
Título		“Parou, vai ter de continuar a cantar”			
Objetivos		Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais; Estimular a memória a curto e longo prazo; Desenvolver momentos de ocupação para os idosos de acordo com as suas potencialidades e vontades;			
Nº Participantes		28			
Local onde foi realizado		Gabinete do Psicólogo			
Data:	12 a 16 de Fevereiro	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h;14h
Descrição:		Avaliação:			
<p>Iniciou-se aqui um novo ateliê e desse modo foi importante dar conhecimento aos idosos dessa nova fase. Assim mostramos aos idosos que as atividades que iam ser desenvolvidas a partir de agora teriam como componente de trabalho a música.</p> <p>Antes de mais, foi conversado com idosos em relação às músicas que os mesmos gostam de ouvir, ou aquelas que eles melhor conhecem. Apesar de já ter uma base de músicas que sabíamos que os idosos conheciam, optamos por lhes dar a palavra e serem eles a escolherem as músicas. Esta parte</p>		<p>Nesta atividade os idosos evidenciaram que uma maior abertura e receptividade no desenrolar da atividade. O facto de já estarem à vontade com o grupo aliado a esta se centrar num interesse por parte destes idosos, assumiram-se como elementos preponderantes para o interesse e participação serem bastantes positivos.</p> <p>Quanto à interação entre os idosos verificamos que a mesma aconteceu de forma intensa e bastante ativa. A comunicação e interação entre os idosos foi algo que se verificou ao longo da atividade e o entusiasmo manifestado pelos mesmos também.</p> <p>Ao nível da interação com os profissionais a mesma não aconteceu e connosco foi algo que aconteceu naturalmente, aquando da partilha dos interesses musicais.</p> <p>Opiniões dos idosos</p> <p><i>“Adoro cantar”(idosa T)</i></p>			

<p>foi importante para que os trabalhassem as músicas e relembressem algumas já esquecidas.</p> <p>Num momento posterior solicitamos aos idosos que se colocassem em meia-lua e com uma bola mão iam cantando a música (que esta a dar no computador). Enquanto a bola passa de mão em mão, a música está a tocar, e quando a música para, a pessoa que ficou com a bola na mão tem de continuar a cantar. O intuito era trabalhar as músicas e a competência cognitiva dos séniores</p>	<p><i>“Temos de por instrumentos agora” (idoso A)</i></p> <p><i>“Foi muito engraçado, estar com a bola e a cantar ao mesmo tempo, foi um pouco complicado”(idosa AT)</i></p> <p><i>“cantar faz bem à cabeça, é alegre e eu gosto” (Idosa C)</i></p>
--	--

Ateliê	Musical
Título	Bingo Musical
Objetivos	<p>Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais;</p> <p>Estimular a memória a curto e longo prazo;</p> <p>Desenvolver momentos de ocupação para os idosos de acordo com as suas potencialidades e vontades;</p>
Nº Participantes	27
Local onde foi realizado	Gabinete do Psicólogo

Data:	19 a 23 de Fevereiro	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h;14h
Descrição:		Avaliação:			
<p>Após terem sido trabalhadas as músicas que os idosos mais conheciam, nesta atividade, realizou-se um jogo interativo de seu nome Bingo Musical. O bingo foi criado pelos idosos, que continha imagens alusivas a músicas. Os idosos construíram os cartões com 6 imagens em cada um. Após esse momento, dá se início ao jogo propriamente dito, em que cada um tem uma cartolina e com feijões. Cada idoso escolheu um cartão, e enquanto a música tocava, tinham de verificar se tinham a imagem que correspondesse à música, caso isso acontecesse, colocavam um feijão. Quando o cartão estivesse todo preenchido, a pessoa ganhava.</p>		<p>Esta atividade foi dinâmica e contou com a participação de todos os idosos. Os idosos envolveram-se na planificação na medida em que os cartões do bingo musical foram criados pelos mesmos, tendo em consideração as músicas trabalhadas.</p> <p>Ao nível da interação com os outros, verificou-se que apesar de estar menos em evidência, notou-se alguma interação entre os idosos. Quando alguns idosos estavam com dificuldades em realizar a atividade o colega do lado tinha sempre tendência de o ajudar de forma a estes completar o cartão, ou então de modo a corrigi-lo.</p> <p>Já connosco a interação que aconteceu ocorreu com as nossas intervenções, no jogo de modo a auxiliá-los a colocarem o feijão no sítio certo, corrigindo quando estavam errados.</p> <p>Opinião dos idosos:</p> <p><i>“O que gostei mais foi o jogo, só que achei um pouco complicado, porque a mim nunca saíam as minhas imagens” (Idosa O)</i></p> <p><i>“Neste jogo tinha de se estar com muita atenção, às imagens” (idoso A)</i></p> <p><i>“Temos de jogar este jogo mais vezes, dá para cantar umas músicas”(idosa L)</i></p>			

Ateliê	Música
---------------	--------

Título		Telefone sem fios			
Objetivos		Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais; Estimular a memória a curto e longo prazo; Desenvolver momentos de ocupação para os idosos de acordo com as suas potencialidades e vontades; Estimular a comunicação;			
Nº Participantes		27 Participantes			
Local onde foi realizado		Gabinete do Psicólogo			
Data:	26 de Fevereiro a 2 de Março	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h;14h
Descrição:		Avaliação:			
Nesta atividade inicialmente, pretendia-se que os idosos utilizem instrumentos musicais. Primeiro um som com os instrumentos e os idosos tinham de o reproduzir. De seguida, sentados em meia-lua foi solicitado aos idosos que realizassem um som qualquer com os instrumentos. Um dos idosos começou por fazer um som e foi solicitado aos restantes que de forma individual imitem o mesmo som que		Nesta atividade houve bastante interação entre os idosos. Há medida que cada um ia repetindo o som, os outros mostravam-se muito atentos, para perceber e tentar apanhar o ritmo. O interesse dos idosos nesta atividade foi visível, na entrega e participação que manifestaram no decorrer da atividade. O facto de ter instrumentos musicais ajudou na participação e interação uns com os outros. Opiniões dos idosos: <i>“ gostei muito de tocar instrumentos, foi bonito, imitar sons, mas é complicado apanhar tudo ”</i> <i>“isto da muito trabalho, podíamos ter tocado só, como quiséssemos” (idosa O)</i> <i>“ gostei de tocar instrumentos ” (idosos E)</i>			

primeiro fez. O mesmo exercício estendeu-se aos restantes elementos, terminando quando todos o realizaram. De seguida foi pedido aos idosos para realizarem a mesma coisa, contudo agora tinham de juntar todos os sons. Isto significa, o primeiro realiza um som, o que está a seguir tem de fazer o mesmo som e acrescentar mais um novo e assim sucessivamente até ao fim. Para terminar foi pedido repetissem o exercício novamente, mas agora com sons diferentes.

Ateliê	Música
Título	Acompanha o ritmo
Objetivos	Melhorar ou estabilizar as capacidades cognitivas funcionais; Estimular a memória a curto e longo prazo; Desenvolver momentos de ocupação para os idosos de acordo com as suas potencialidades e vontades;
Nº Participantes	26
Local onde foi realizado	Gabinete do Psicólogo

Data:	5 a 9 de Março	Início:	9h;11h;13h	Término:	10h;12h;14h
Descrição:		Avaliação:			
<p>Foi escolhida uma música com ritmo e conhecida pelos idosos. Enquanto a música decorria nós realizávamos movimentos com o corpo e solicitamos aos idosos que reproduzissem aquilo que estávamos a fazer. Após várias vezes a fazer os movimentos foi pedido aos idosos que os realizassem novamente, só que agora sozinhos.</p>		<p>Nesta atividade os idosos não interagiram entre si, nem tão pouco com os profissionais. A interação ocorreu mais connosco uma vez que os idosos tinham de reproduzir aquilo que estávamos a fazer. Ao nível da participação verificamos que os idosos gostaram da atividade, contudo alguns como não conseguiam fazer alguns movimentos desistiam e mencionavam que não tinham vontade de fazer. O interesse manifestado pelos mesmos foi bastante positivo e visível na forma como desempenhavam os diferentes exercícios. Apesar de alguns idosos sentirem dificuldade me reproduzirem os movimentos, com muita calma e paciência, fomos tentando fazer com que os mesmos não desistissem.</p> <p>Opinião dos idosos</p> <p><i>“ Gostei, deu para mexer o corpo”(Idosa) “ Assim, eu gosto, já que não consigo andar, ao menos mexo as mãos e os braços” (Idosa)“ Eu não sei consegui fazer nada, não sei fazer nada disto, confundo tudo, era muito complicado” (Idosa)“ não foi das que mais gostei, mas foi boa, deu para rir “(Idosa</i></p>			

6.1 - Avaliação detalhada dos Ateliês

Findo o projeto de intervenção, chega o momento da avaliação final. Assim, impõe-se refletir sobre o impacto do projeto realizado e na importância do mesmo para os idosos visados.

A avaliação reconduz-se a um conjunto de procedimentos analíticos relativos aos méritos de um programa interventivo, concedendo informações sobre os seus fins,

expectativas e resultados previstos/imprevistos e, ainda, os impactos que o mesmo teve para o grupo. Segundo Guerra (2002, p. 185), avaliar “*implica uma finalidade operativa que visa corrigir ou melhorar*”. Deste modo, a avaliação é uma fase do projeto na qual se delimitam e adquirem informações pertinentes com o objetivo de auxiliar decisões futuras. (Guerra, 2002) A avaliação pode, assim, ser vista como uma forma de “*atribuir valor às coisas e às ações*” (Robertis, 2011, p. 220), considerando-se como um momento de reflexão e ponderação relativamente aos resultados das ações concretizadas, de forma a perceber se as mesmas foram de encontro ao inicialmente estabelecido. É, por isso, uma tarefa contínua e não uma parte isolada da intervenção (Antunes e Leandro, 2016)

Os modelos de avaliação são vários, possuindo entre si diferenças e semelhanças evidentes. Se por um lado apresentam o mesmo intuito, nomeadamente, o de recolher informações importantes e medir a eficácia dos projetos de intervenção, por outro lado, os dados de recolha de informação e os critérios base de apreciação são distintos.

Perante isto, neste projeto interventivo, optamos por um modelo avaliativo com base na temporalidade, visando realizar avaliações sucessivas no decorrer do projeto, de forma a obter elementos de comparação. Por outro lado, podemos evidenciar diferentes tipos de avaliação implementados: a avaliação diagnóstica ex-ante (antes da implementação do projeto, permitindo adquirir elementos importantes para a perceção da implementação do projeto); a avaliação de acompanhamento on going (durante o processo de concretização, onde se avalia a forma como este está a ser concretizado, e se se deve ou não promover correções); e, por fim, a avaliação de resultados ex-post (após a execução do projeto, medindo-se os resultados e efeitos do projeto) (Guerra, 2002).

A avaliação diagnóstica (ex-ante) remete-se à fase do processo avaliativo do diagnóstico, aquando do levantamento da globalidade dos problemas, necessidades e características dos idosos e do contexto onde estão inseridos. Através deste processo, o interventor é capaz de proceder à avaliação da amplitude e da gravidade dos flagelos sociais existentes e que carecem de intervenção/resolução. Ainda, esta fase permite compreender quais as melhores áreas de ação e consequentes estratégias a utilizar. Com efeito, a análise Swot é um importante indicador dessa situação, na medida em que através dela conseguimos analisar de modo abrangente todo o universo institucional em causa. De facto, esta análise avaliativa revela-se fundamental para a construção do projeto interventivo, visto que permite perceber quais as lacunas e necessidades que carecem de respostas, tendo sempre em atenção o bem-estar, os interesses e as vontades dos idosos. A utilização de técnicas de recolha de

dados foram, assim, o caminho utilizado para a obtenção de um conhecimento mais detalhado e fiável deste meio e dos indivíduos que o compõem.

Precedeu-se, posteriormente, à avaliação de acompanhamento (On going) que corresponde ao momento avaliativo que visa a perceção da eficácia do projeto. Ou seja, tenta perceber se as atividades em desenvolvimento atingiram os objetivos pretendidos e foram de encontro àquilo que inicialmente se pretendia. Mais uma vez, utilizamos técnicas de recolha de dados, como as conversas informais, para conhecer a opinião e os interesses dos idosos.

Por fim, chegamos à avaliação final (ex post), a qual compreende a reflexão e análise do projeto de intervenção, visando a avaliação dos objetivos atingidos e da pertinência e qualidade do projeto. Neste ponto, optamos por realizar um questionário aos idosos (apêndice II) e à diretora técnica (apêndice III), de forma a perceber as respetivas opiniões relativamente às atividades desenvolvidas com este trabalho de intervenção. Perante o questionário, tornou-se perceptível, nomeadamente na fase avaliativa anterior (on-going) através das conversas informais, o interesse e o entusiasmo que o mesmo despoletou nestes indivíduos inquiridos.

Os resultados de um processo avaliativo são determinados por critérios estabelecidos. Assim, o processo avaliativo terá como base a apreciação da adequação, a verificação da pertinência, a apreciação da eficácia, apreciação da eficiência e a apreciação da equidade (Guerra, 2002).

Quanto às atividades realizadas nos dois ateliês, estas mostraram-se adequadas aos problemas anteriormente encontrados e ao seio institucional onde o projeto decorreu. Segundo Guerra (2002), apreciar a adequação consiste em entender se o programa vai de encontro aos problemas existentes e à situação/organização em que se pretende intervir. Deste modo, ressalvamos a adequação do projeto em causa visto que, através das ações desenvolvidas, conseguimos conferir respostas eficazes aos problemas identificados. Em primeiro lugar, a integração dos idosos com determinadas limitações foi um dos problemas enumerados, e para o qual o projeto se direcionou e adequou, na medida em que os idosos com défices cognitivos ou físicos estiveram presentes e participaram nas diversas atividades realizadas. Ainda, foi invertida a tendência da inexistência de momentos de estimulação cognitiva. As atividades desenvolvidas e estabelecidas com os idosos permitiram estimular algumas competências dos mesmos, principalmente a capacidade memorativa. Se analisarmos o ateliê da memória, confirmamos que todas as atividades empreendidas contribuíram para essa estimulação, de forma gradual e contínua, visto que em todas as sessões era recordado o trabalho anterior. A atividade “o Livro da Memória” serve como exemplo concreto da concretização destes objetivos. A própria diretora técnica mencionou que o presente projeto se adequou em vários

níveis aos problemas evidenciados, possibilitando a participação de um número alargado de indivíduos nas atividades: *“consegui ver idosos a participar nas atividades que há muito tempo não via.” (Diretora Técnica)*

A verificação da pertinência do projeto permite compreender se o mesmo se ajusta às políticas organizacionais da instituição. Para tal, é necessário termos por base os objetivos das duas respostas sociais objeto de intervenção. Assim, retiramos que no que toca ao objetivo *“Fomentar (...) e desenvolver as relações interpessoais”*, o projeto em causa deu resposta. A promoção das relações foi um dos pontos fortes deste trabalho. De facto, verificamos um progressivo aprofundamento das relações interpessoais no decorrer das atividades realizadas, visto que estas potenciavam a partilha de experiências e conhecimentos, além de promoverem a entreajuda. Outro aspeto mencionado pela diretora técnica foi a interesse demonstrado na participação das atividades: *“muitas vezes reparei de que no momento da atividade, alguns idosos iam chamar as pessoas do seu grupo”*.

Relativamente à eficácia do projeto, este critério revela-se bastante importante para percebermos em que medida os objetivos estabelecidos foram atingidos, se as ações previstas foram realizadas ou, ainda, se os participantes identificados participaram na totalidade. Sendo assim, em relação às atividades planeadas e àquelas que foram concretizadas, podemos afirmar que todas aquelas que foram previamente estipuladas, aquando do desenho do projeto, foram realizadas.

No que concerne aos objetivos gerais, é de salientar que os dois objetivos traçados foram atingidos. A promoção das competências cognitivas dos idosos (objetivo geral 1) foi realizada e desenvolvida nas diversas atividades. Cada ateliê tinha por base promover e trabalhar essas mesmas competências, e em cada atividade apelou-se à consequente estimulação. O trabalho desenvolvido com os idosos teve um impacto diferente em casa um deles, enquanto uns era evidente que o trabalho de estimulação tinha algum sucesso, outros já se tornava num processo mais demorado e essa eficácia não era sentida. O ateliê de música serve de base explicativa, pois, aqui, os idosos trabalharam uma variedade de competências, nomeadamente, a memória a curto prazo, a memória por associação ou por audição. Ainda, neste ateliê, no qual era necessário a utilização simultânea de várias competências, percebemos que quando eram solicitadas repetições dos exercícios, os mesmos revelavam uma certa dificuldade. Contudo, com a intensificação e regularidade das atividades, estes dinamismos iam tornando-se mais fáceis.

Em relação ao objetivo específico de potenciar ou estabilizar as capacidades cognitivas destes indivíduos, concluímos que este não apresentou os resultados expectáveis e

significativos. Todavia, e sendo um projeto de estimulação cognitiva algo delicado e que necessita de bastante tempo de trabalho, denotamos pequenas melhorias relativamente a alguns idosos apesar de, no geral, não cumprirem o objetivo proposto.

Quanto ao propósito da estimulação da comunicação, este revelou-se extremamente dicotômico. Se por um lado, em alguns grupos este objetivo foi atingido na sua totalidade, sendo evidente a existência de momentos de partilha, opiniões e de envolvimento; por outro, existiam alguns grupos em que as confusões eram constantes e não havia um diálogo concreto. Tal situação obrigou-nos a alterar os grupos, de forma a manter a participação em massa dos idosos. Ainda, em alguns grupos, esta atividade demorava bastante mais tempo do que o previsto considerávamos importante potenciar aqueles momentos de partilha, para que se estabelecessem relações baseadas na confiança e no envolvimento. Contudo essa demora por vezes não era muito bem aceite pelos restantes elementos.

Desenvolver atividades de acordo com as vontades e interesses dos idosos foi um objetivo traçado e cumprido. Contudo, no ateliê da memória, alguns idosos manifestaram não se identificarem com aquelas atividades, pretendo outras mais dinâmicas: *“estas coisas dão muito trabalho menina, temos de puxar muito pela cabeça”* Idosa *. Já no ateliê de música, as opiniões eram unânimes quanto ao interesse da atividade, tendo os idosos participado nas mesmas com vontade e ânimo surpreendentes.

O impacto que este projeto alcançou no seio institucional revelou-se extramente positivo, na medida em que permitiu melhorar a vida dos idosos e mantê-los mais ativos. Entre as melhorias conseguidas com a implementação deste trabalho interventivo, salientamos a integração de um maior número de idosos nas diferentes atividades. Partindo das conversas informais e dos questionários realizados, foi-nos perceptível que os idosos visados denotaram uma melhoria ao nível deste processo interventivo, bem como a diretora técnica. Como prova, quando terminamos o referido projeto, fomos constantemente questionados pelos mesmos: *“oh menina, quando voltam as atividades e momentos como aqueles?”*.

Em relação à equidade, concluímos que nem todos os indivíduos participaram da mesma forma nas ações empreendidas. As confusões e atritos ocorridos no desenrolar das mesmas condicionaram um dos grupos participante. Além disso, uma idosa de um outro grupo solicitava a ida à casa de banho repetidamente ao longo da atividade, interrompendo constantemente a dinâmica. Deste modo, dos idosos intervenientes, existiam alguns bastante mais participativos que outros, embora, com o decorrer da atividade, todos foram ganhando mais confiança.

CONCLUSÃO

Finda esta derradeira etapa do percurso académico, eis que chega o momento de reflexão de todo este processo. O Mestrado em Gerontologia Social foi preponderante na consolidação e formação de conhecimentos empíricos no âmbito do envelhecimento, aliado à experiência e reconhecimento no campo interventivo, que este mestrado possibilitou.

O desenvolvimento de um estágio no campo gerontológico tornou-se num processo bastante fascinante, desafiante e compensatório. O fascínio por conhecer respostas sociais diferenciadas, indivíduos e suas múltiplas facetas fomentou não só um crescimento profissional como também um crescimento mais ao nível pessoal. A integração na realidade institucional superou as expectativas, na medida em que a abertura dada quer pelos idosos, quer pela equipa de profissionais permitiu uma rápida e fácil incorporação nas diversas dinâmicas e nas rotinas da organização. Além disso, a criação de laços e relações, principalmente, com os idosos, foi preponderante para o desenvolvimento do estágio e ainda para a inclusão dos mesmos no projeto interventivo. Os idosos destas respostas sociais, de um modo geral, mostraram ser pessoas bastante afáveis e de empatia fácil, o que se tornou uma mais-valia no decorrer de todo este processo. Por outro lado, o facto da equipa técnica sempre se apresentar disponível e pronta a ajudar constituiu noutro factor essencial para que o processo de integração ocorresse na sua plenitude.

Conceber o envelhecimento na sua íntegra, analisando todas as suas especificidades possibilitou a ponderação, a reflexão, e a crítica no intuito de procurar a resposta mais adequada e eficaz para o processo de envelhecimento dos indivíduos, visto ainda como um flagelo para a sociedade. Estar em contexto de estágio mais propriamente direccionado para a vertente interventiva tornou-se numa etapa essencial do processo académico, visto que se tornou numa mais-valia para o desempenho profissional. Culminar esta etapa com um projeto interventivo numa resposta social abriu portas a um futuro que esperemos risonho.

A complexidade do envelhecimento torna a intervenção mais delicada e especial. Ter em atenção as especificidades dos indivíduos e ao mesmo tempo não descorar da sua parte social, torna o processo interventivo desafiador e estimulantes

Como é evidente, no percurso de estágio nem tudo correu na perfeição. O trabalho social, por vezes debate-se com situações mais delicadas e neste caso, o contacto com personalidades fortes, constituiu um obstáculo que tivemos de superar. Estes obstáculos são bons para que consigamos arranjar estratégias e manobrar as situações que nos acontecem.

No decorrer do projeto, foram inúmeras as dúvidas que surgiram, se iria ter sucesso ou se os idosos iriam estar receptíveis porém, tudo se desvaneceu e correu dentro do esperado. Os idosos, mostraram interesse e vontade em participar, motivação pelas diversas atividades, querendo participar e intervir. Apesar de alguns obstáculos que surgiram no decorrer das atividades, as estratégias utilizadas permitiram contornar tais situações e levar o projeto a bom porto.

No que concerne aos eixos de intervenção, a estimulação das capacidades cognitivas dos idosos foi a base de todo este processo. As atividades desenvolvidas em torno da memória permitiram aos idosos a promoção e manutenção das capacidades cognitivas bem como permitiu a recordação momentos importantes da história de vida. O conhecimento que destas atividades proveio, tornou-se importante na intensificação de laços afetivos e de conhecimento do outro.

A música assumiu outro eixo de intervenção que possibilitou aos idosos aliar os seus interesses à participação em atividades e à promoção de exercícios estimuladores. A expressão musical centra em si componentes essenciais para a otimização dos pilares do envelhecimento ativo. A promoção dos pilares do envelhecimento ativo foi a base de construção deste processo de intervenção, algo que se torna crucial para o bem-estar e qualidade de vida no processo de envelhecimento dos indivíduos. Nestas atividades, os idosos divertiram-se, comunicaram e interagiram uns com os outros. Outro ponto importante que se conseguiu retirar destas atividades foi a aprendizagem que alguns idosos tiveram. O facto de recordarem e trabalharem, temas musicais ou provérbios incrementou o exercício de aprendizagem. A animação sociocultural foi a metodologia elegida para a realização destes eixos de intervenção. Esta assume um carácter de estimulação e participação dos indivíduos através da motivação e do envolvimento de todos no seu processo.

Como o tempo de estágio foi curto, e consequentemente a duração do projeto foi igualmente curta, a verificação das melhorias cognitivas de modo significativo não teve o seu resultado. Daí ser importante dar continuidade a esse projeto de modo a promover a participação e as competências ao nível da saúde mental. Por outro lado, outra lacuna que esta instituição carece, diz respeito à falta de momentos de intergeracionalidade. Uma vez que esta organização contém respostas sociais direcionadas para a infância, os momentos Intergeracionais deviam ser mais fomentados. Além disso, a promoção das redes familiares deveria ser olhada de outro modo e incentivar as famílias, que puderem, a participarem mais ativamente no quotidiano dos idosos.

De um modo geral o balanço que se pode retirar de todo este processo é bastante positivo, e visto que permitiu o crescimento pessoal, académico e profissional. Os conhecimentos empíricos tornaram-se numa fonte de saberes que com a prática só se solidificaram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander-Egg, E. (2000). *Metodología y práctica de la Animación Sociocultural*. Madrid: Editorial CCS.
- Almeida, J. & Pinto, J. (1990). *A investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença;
- Almeida, João Ferreira de (2013), *Desigualdades e Perspectivas dos Cidadãos. Portugal e a Europa*, Lisboa: Mundos Sociais
- António, S. (2012). *Políticas e Programas de Envelhecimento Ativo*. In Cláudia Moura (Coord.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento*. Porto: Euedito, pp 101- 107.
- António, S. (2013). *Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social do Envelhecimento*. In Carvalho, M., *Serviço Social no Envelhecimento* (p. 87). Lisboa: PACTOR
- Antunes, Maria Conceição; Leandro, Maria Engrácia (2016). *Envelhecimento. Perspetivas, Projetos e Práticas Inovadoras*. V.N.Famalicão: Edições Húmus
- Araújo, K. (2001). *O resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física*. Campinas, São Paulo. (s.n.), Dissertação de Mestrado;
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). *Relacione-se com os outros*. In O. Ribeiro & C;
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Bandeira. M. L. (2012). *As Dinâmicas do envelhecimento. Estudo do envelhecimento da população portuguesa entre 1950 e 2011*. Relatório final e difusão dos dados alargados. Lisboa: Fundação Manuel Francisco dos Santos.
- BDJUR. (2011). *Constituição da República Portuguesa*. Coimbra: ALMEDINA.
- Barros, Cleminton da Silva. (2012) *O Modelo de Protecção Social Brasileiro*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0830.pdf>, consultado a 20 de julho de 2018
- Bermejo, L. y Cols. (2009). *Buenas Prácticas en residências de personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social e Vivienda del Principado des Asturias
- Bertoncel, J. (2009). *Terapia e Música*. Consultado em: <http://www.terapiaemusica.com.br>
- Botelho, M. (2007), *Idoso que cuida de Idosa*, Mestrado em Ciências de enfermagem, Porto:
- Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro, 1-74.

- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta da Longevidade*. Brasil: Rio de Janeiro. Consultado em 5 de dezembro de 2017, disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf
- Centro Social e Paroquial de Terroso. (2018). Consultado em 5 de agosto de 2018, disponível em: <http://www.cspterroso.com/>
- Costa, A. F. (2009). A pesquisa de terreno em sociologia. In A. Silva & J. Pinto (orgs.), *Metodologias das Ciências Sociais* (pp.129-148). Porto: Edições Afrontamento.
- Costa, P. M. (2014). *Projeto de Enriquecimento das Atividades de Animação Sociocultural em Lar*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8506/1/Paula%20Manuela%20Martinho%20Valadares%20Costa.pdf> . Consultado a 30 de Agosto de 2018
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2.^a ed.). Coimbra: Almedina.
- Direção-Geral da Segurança Social. (2018). *Proteção Social – Pessoas Idosas*. Lisboa. Consultado em 22 de abril de 2018, disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/14653624/Guia_Pessoas_Idosas/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4
- Esteves, J. (1990). A Investigação-Ação. In A. Silva & J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp.250-278). Porto: Edições Afrontamento.
- Fernandes, A. F. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, Família, e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Ferreira, A., Demutti, C., & Gimenez, P. (2010). *A teoria das Necessidades Maslow: A Influência do Nível Educacional Sobre a sua Percepção no Ambiente de Trabalho*. XIII – Seminários em Administração, pp.1-17. Consultado a 16 de maio de 2018, disponível em: <http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/703.pdf>
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto;
- Fonseca, A.M. (2005a). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A., Duarte, D., & Moreira, S. (2013). *Percepções de Envelhecimento e Regulação do Self*. Revista Eletrónica de Psicologia, Educação e Saúde, 3 (1), pp.93-117.

- Fonseca, A. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de Boas Práticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Consultado em 22 de Agosto de 2018, disponível em:
https://content.gulbenkian.pt/wpcontent/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gaspar, J. (2009). *Quantos Somos, Como seremos. O Envelhecimento e a dinâmica demográfica na Europa – Posicionando Portugal*. In Fundação Calouste Gulbenkian - Fórum Gulbenkian de Saúde. *O Tempo da Vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009* (51-76). Cascais: Principia.
- GEP/MTSS. (2016). Carta Social - Rede de serviços e equipamentos – Relatório 2016. Consultado em 23 de agosto de 2018, disponível em:
<http://www.gep.msess.gov.pt/cartasocial/pdf/csocial2016.pdf>
- Guerra, I. (2000). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação – o planeamento em ciências sociais*. Cascais: Principia.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação*. Lisboa: Principia.
- Idáñez, M & Ander-Egg, E. (2007). Diagnóstico Social: conceitos e metodologias. Revista e Ampliada, 3.^a Ed.
- INE. (2010). *Classificação Portuguesa de Profissões*. Lisboa: Portugal. Consultado em 2 de dezembro de 2017, disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- INE (2018) Estimativas de População Residente em Portugal. Disponível em
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=315156710&DESTAQUESmodo=2, data de consulta a 23/07/2018 às 23:50
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Ambar.
- Jacob, L. (2013). *Animação de Idosos* 2^a Edição. Portugal: Mais Leituras.
- Lopes, A. (2012). Idosos e riscos de exclusão social: as dimensões monetária e não monetária na discussão sobre instrumentos de política social. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia, 5, pp. 103-122. Consultado em 5 de janeiro de 2018, disponível em:
https://revista.aps.pt/wp-content/uploads/2017/09/N5_art-5_Alexandra-Lopes.pdf
- Lindon, D., Lendrevie, J., Lévy, J., Dionísio, P. & Rodrigues, J. (2009). *Mercator XXI – Teoria e Prática do Marketing*. Lisboa: Dom Quixote.

- Lousa, E. F. C. F. (2016) *Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idosos: um Estudo de Caso*. Instituto Superior Miguel Torga. Disponível em <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/682/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>.
- Maslow, Abraham H. *Motivation and personality*. 2ª ed. New York: Harper and Row, 1970.
- MEDEIROS, P. *Como estaremos na velhice*. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0830.pdf>, data de consulta a 07/04/2018 às 10:30
- Martins, R. & Santos, A. (2008). *Ser idoso hoje*. Revista Millenium, 35, 1-8. Acedido a 16.09.2018 em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/358/1/Ser_idoso_hoje.pdf.
- Mendonça, M. (2002). *Ensinar e Aprender por Projetos*. (Cap.1). Porto: Edições Asa;
- Neri, A. (2007). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In Neri, A. (Ed.) *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). São Paulo: Papirus Editora
- Neto, A. S. L. (2016). *Mediação e Intervenção Social à Pessoa Idosa e Cuidador Informal*. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Disponível em: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2277/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Projeto_Ana%20Neto.pdf. Consultado em 31/08/2018 às 21h50
- Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, V. & Neto, V. (2009). *Perda Cognitiva em Idosos*. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 3 (11), pp.5-8.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, Constança, (1997a), *Psicossociologia da saúde*, Lisboa: Climepsi Editora.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, Fernando, A. (2008) *importância da manutenção das relações familiares para o idoso institucionalizado*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, II: 1, p. 6-10, Universidade Sénior Contemporânea: Bragança.
- Pérez, V. V. (2004). A animação sociocultural e terceira idade. In TRILLA, Jaume (coord) – *Animação Sociocultural: Teorias, programas e âmbitos*, pp. 85-110. Lisboa. Instituto Piaget.
- Perlini, N., Leite, M. & Furini, A. (2007). *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41 (2), pp. 229-236. Consultado em 4 de fevereiro de 2018, disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/707.pdf>
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, (256), p. 183-194. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324362>

- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.
- Pordata. (2018). Esperança média de vida à nascença: total e por sexo. Consultado em 18 de agosto de 2018, disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo-1260>
- Pordata. (2018). Índice de envelhecimento. Consultado em 6 de agosto de 2018, disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Índice+de+envelhecimento-1609>
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, pp. 679- 689. Obtido de *Análise Social - Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*:
- Ribeiro, O. (2012). *O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição*. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, pp.33-52.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord.) (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Segurança Social. (2017). Manual de Processos-Chave – Centro de Dia. Consultado a 25 de Setembro de 2018, disponível em: <http://www.segsocial.pt/documents/>
- Segurança Social. (2017). Manual de Processos-Chave – ERPI. Consultado a 26 de Setembro de 2018, disponível em: <http://www.segsocial.pt/documents/>
- Silva, A. O. (2007). *AVC*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Hospital São João, EPE; 82
- Silva, J. (2011). *Qualidade de vida do idoso e o seu bem-estar social*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Educação da Universidade do Algarve para a obtenção do grau de Mestre em Educação Social. Acedido a 5 de maio, 2018, de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3603/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20UALG%20-%20Joana%20V.%20da%20Silva.pdf>;
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais – Casos práticos*. Porto: Porto Editora.
- Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 2002).
- Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, e Corrente JE., (2005) *Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo*. *Rev Bras Epidemiol* .8 (3): 246-52
- Westwood, J. (2006). *How to Write a Marketing Plan*. London (Third edition): Kogan Page.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de Observação

- ❖ Caracterização sociodemográfica:
 - Idade
 - Sexo
 - Naturalidade
 - Residência Atual

- ❖ Trajeto profissional
 - Profissão desenvolvida
 - Condição na profissão
 - Situação na profissão
 - Rendimentos económicos
 - Escolaridade
 - Literacia

- ❖ Redes relacionais
 - Estado civil
 - Redes de sociabilidade

- ❖ Participação nas atividades das respostas sociais
- ❖ Vontades, interesses e desejos dos idosos
- ❖ Serviços prestados aos idosos
- ❖ Relações entre os idosos e a equipa técnica
- ❖ Condições de saúde dos idosos

Apêndice II– Questionário Aplicado aos Idosos Para Avaliação Do Projeto

No âmbito da realização da tese de mestrado, do curso Mestrado em Gerontologia de Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, iremos realizar o seguinte questionário com o intuito de avaliarmos o projeto desenvolvido nas respostas sociais de Centro de Dia e Estrutura Residencial Para Idosos, do Centro Social e Paroquial de Terroso. No decorrer deste questionário serão abordadas questões acerca das atividades desenvolvidas no projeto de intervenção. Para tal, pedimos e agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Nome:

. Gostou de participar nas atividades desenvolvidas?

() Sim () Não

Porquê?

Aprendeu algo de diferente com as atividades realizadas?

() Sim () Não

Porquê?

Considera importante a realização deste tipo de atividades?

() Sim () Não

Porquê?

Sentiu alguma mudança após o desenvolvimento das atividades?

() Sim () Não

Qual? Porquê?

Qual a atividade que mais gostou?

Qual a atividade que menos gostou?

Acha que as atividades correram bem?

() Sim () Não

Porquê?

Mudava alguma coisa nas atividades desenvolvidas?

Obrigada!

Apêndice III – Questionário Aplicado à Diretora Técnica Para Avaliação Do Projeto

No âmbito da realização da tese de mestrado, do curso Mestrado em Gerontologia de Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, iremos realizar o seguinte questionário com o intuito de avaliarmos o projeto desenvolvido nas respostas sociais de Centro de Dia e Estrutura Residencial Para Idosos, do Centro Social e Paroquial de Terroso. No decorrer deste questionário serão abordadas questões acerca das atividades desenvolvidas no projeto de intervenção Para tal, pedimos e agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Nome:

1. Qual o balanço que faz acerca do projeto de intervenção desenvolvido?

2. Baseando-se nas atividades realizadas, considera que foram ao encontro dos problemas identificados e dos interesses dos idosos?

Observações

Obrigada!

ANEXOS

Anexo I - Regulamento da Resposta Social de Centro de Dia Do Centro Social e Paroquial de Terroso

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE TERROSO



ÍNDICE

CAPITULO I – Disposições Gerais

- Artigo 1º Definição Legal
- Artigo 2º Sede Social
- Artigo 3º Legislação Aplicável
- Artigo 4º Objectivos do Regulamento
- Artigo 5º Objectivos
- Artigo 6º Princípios Orientadores da Instituição
- Artigo 7º Serviços Mínimos e Actividades Complementares Desenvolvidas

CAPITULO II – Processo de Selecção e Admissão de Utentes

- Artigo 8º Condições Gerais
- Artigo 9º Condições de Admissão
- Artigo 10º Candidatura
- Artigo 11º Critérios de Admissão
- Artigo 12º Admissão
- Artigo 13º Lista de Espera
- Artigo 14º Recepção
- Artigo 15º Integração do Utente

CAPITULO III – Regras de Funcionamento

- Artigo 16º Lotação do Estabelecimento
- Artigo 17º Órgãos Sociais
- Artigo 18º Direcção e Coordenação do Centro de Dia
- Artigo 19º Direcção Técnica
- Artigo 20º Quadro de Pessoal
- Artigo 21º Tipo de Alojamento
- Artigo 22º Horário das Refeições
- Artigo 23º Higiene das Instalações
- Artigo 24º Horário de Funcionamento e Entrada e Saída de Visitas
- Artigo 25º Passeio ou deslocações em Grupo
- Artigo 26º Depósito e Guarda dos Bens dos Utentes
- Artigo 27º Participação de Voluntários

CAPITULO IV – Direitos e Deveres

- Artigo 28º Direitos dos Utentes
- Artigo 29º Deveres dos Utentes
- Artigo 30º Proibições
- Artigo 31º Ausência do Centro de Dia
- Artigo 32º Direitos dos Funcionários
- Artigo 33º Deveres dos Funcionários
- Artigo 34º Direitos dos Familiares ou Representante Legal
- Artigo 35º Deveres dos Familiares ou Representante Legal

CAPITULO V – Segurança e Higiene

- Artigo 36º Segurança
- Artigo 37º Saúde
- Artigo 38º Seguros

CAPITULO VI – Comparticipação dos Utentes

- Artigo 39º Definição

Artigo 40º Prazo e Local de Pagamento
Artigo 41º Cálculo da Comparticipação Familiar
Artigo 42º Cálculo do Rendimento “per capita” do Agregado Familiar
Artigo 43º Prova de Rendimento
Artigo 44º Actualização Anual das Comparticipações Familiares

CAPITULO VII – Exclusão de Utentes

Artigo 45º Âmbito
Artigo 46º Causas de Exclusão
Artigo 47º Procedimento

CAPITULO VIII – Cessação de Contrato

Artigo 48º Cessação

CAPITULO IX – Disposições Finais

Artigo 49º Contrato
Artigo 50º Livro de Reclamações
Artigo 51º Alterações ao Regulamento
Artigo 52º Integração de Lacunas

CAPÍTULO I

(DISPOSIÇÕES GERAIS)

1º

(DEFINIÇÃO LEGAL)

O Centro Social Paroquial de Terroso (CSPT), pessoa jurídica de erecção canónica, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social inscrita no Centro Regional de Segurança Social sob o número 91/92, folha 6 do Livro nº 5 das Fundações da Solidariedade Social.

2º

(SEDE SOCIAL)

A sede social do Centro Social Paroquial de Terroso é na Travessa de Santo António, nº 50, da freguesia de Terroso, concelho da Póvoa de Varzim.

3º

(LEGISLAÇÃO APLICÁVEL)

Este estabelecimento destina-se principalmente ao alojamento de idosos, mas também contempla outras respostas sociais como o Centro de Dia e o Apoio Domiciliário e regem-se pelas orientações técnicas emanadas pelo Instituto da Segurança Social e demais legislação aplicável.

4º

(OBJECTIVOS DO REGULAMENTO)

O presente regulamento interno de funcionamento visa:

- a) Promover o respeito pelos direitos dos utentes, nomeadamente pela sua dignidade e privacidade;
- b) Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento;
- c) Promover a participação e implicação dos utentes e dos seus familiares e/ou representantes legais ao nível desta resposta social.

5º

(OBJECTIVOS)

O Serviço de Centro de Dia do CSPT tem como objectivos:

- a) Manter os idosos no seu meio habitual de vida visando a promoção de autonomia;
- b) Colmatar algumas das dificuldades que os idosos ou mesmo o seu agregado familiar possam sentir diariamente;
- c) Possibilitar aos idosos novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior;
- d) Proporcionar o seu bem-estar ao nível das necessidades básicas;
- e) Prestação de apoio psico - social;
- f) Desenvolver relações interpessoais dos utentes através da participação nas actividades e visitas promovidas pela Instituição.
- g)

6º

(PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA INSTITUIÇÃO)

O CSPT orienta-se, no seu funcionamento interno e em todas as suas actividades, pelos seguintes princípios:

- a) Conceito unitário e global da pessoa humana;
- b) Respeito pela sua dignidade;
- c) Aperfeiçoamento cultural, espiritual e moral de todos os utentes;
- d) Espírito de convivência e de solidariedade social como factor decisivo do trabalho comum, tendente à valorização integral dos indivíduos, das famílias e de mais agrupamentos e da comunidade paroquial.

7º

(SERVIÇOS MÍNIMOS ASSEGURADOS E ACTIVIDADES COMPLEMENTARES DESENVOLVIDAS)

Nº 1: Como contrapartida do pagamento da mensalidade estabelecida, são assegurados os seguintes serviços:

- a) Alimentação;
- b) Cuidados de higiene pessoal;
- c) Tratamento da roupa, quando justificável;
- d) Actividades ocupacionais;
- e) Administração de medicação;
- f) Marcação de consultas de especialidade e, quando necessário, o respectivo acompanhamento;
- g) Acompanhamento médico e, quando necessário, cuidados de enfermagem;
- h) Acompanhamento psico - social;

Nº 2: Mediante o respectivo pagamento, poderão ainda ser prestados os seguintes serviços:

- a) Serviços de cabeleireiro;
- b) Serviços específicos de manicure e pedicure;

Nº 3: Estão excluídos, pelo que serão debitados em separado, os custos com medicamentos, fraldas ou produtos equiparados, artigos de higiene pessoal não fornecidos pela instituição, fisioterapia e reabilitação, consultas médicas, transporte em ambulâncias, camas articuladas especiais diversas das detidas pelo estabelecimento, meios auxiliares de diagnóstico.

CAPÍTULO II

(PROCESSO DE SELECÇÃO E ADMISSÃO DE UTENTES)

8º

(CONDIÇÕES GERAIS)

Nº 1: A candidatura pode ser requerida pelo próprio, por outrem ou por via institucional e realiza-se durante todo o ano civil;

Nº 2: A inscrição será feita em ficha própria e registada no ficheiro de inscrições estando a admissão condicionada à existência de vagas, ficando a pré-inscrição em lista de espera;

Nº3: Caso solicitado, há possibilidade do utente ou família visitar as instalações antes da admissão;

Nº 4: O processo de candidatura compreende a entrevista ao utente e/ou familiares pela Directora Técnica e Direcção, bem como todas as diligências necessárias ao apuramento da situação socio-económica e familiar do agregado.

9º

(CONDIÇÕES DE ADMISSÃO)

Nº 1: A admissão dos utentes ao Centro de Dia está sujeita às seguintes condições:

- a) Ser da vontade própria do utente ser admitido e passar a frequentar o Centro de Dia;
- b) Possuir idade igual ou superior a 60 anos, salvo casos excepcionais devidamente fundamentados;
- c) Não ser portador de doenças de foro psiquiátrico que possa prejudicar a saúde, estabilidade ou convivência dos demais utentes, e de doenças infecto-contagiosas ou de outra natureza que requeira cuidados específicos;
- d) Ser natural e/ou residente no Concelho da Póvoa de Varzim. No entanto, a Direcção dará prioridade aos naturais e/ou residentes na freguesia de Terroso;
- e) Assinatura do contrato e aceitação do presente regulamento;

Nº 2: Caso o candidato não possa expressar livremente a sua vontade, deverão ser os representantes legais a requerer a sua admissão.

10º

(CANDIDATURA)

Nº 1: Para efeitos de admissão, o utente deverá candidatar-se através do preenchimento de uma ficha de identificação que constitui parte integrante do processo do utente, devendo fazer prova das declarações efectuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:

- Bilhete de Identidade do utente e do representante legal, quando necessário;
- Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal, quando necessário;
- Cartão de Beneficiário da Segurança Social, ADSE ou outro, do utente e do representante legal, quando necessário;
- Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde ou de subsistemas a que o utente pertence;
- Declaração de Rendimentos (Recibo de Pensão, Reforma, Declaração de I.R.S.);
- Boletim de Vacinas e relatório médico, comprovativo da situação clínica do utente
- Duas fotografias tipo passe.

Nº 2: O horário de atendimento para candidatura decorre das 9:00 às 17:30 horas.

Nº 3: Em situações especiais pode ser solicitada certidão da sentença judicial que regule a tutela/ curatela.

Nº 4: Em caso de admissão urgente, pode ser dispensada a apresentação de candidatura e respectivos documentos probatórios, devendo ser desde logo iniciado o processo de obtenção dos dados em falta.

11º

(CRITÉRIOS DE ADMISSÃO)

A admissão dos candidatos em lista de espera está sujeita aos seguintes critérios de prioridade:

- a) Conflito familiar, marginalização, exclusão;
- b) Abandono familiar;
- c) Ausência ou impossibilidade de retaguarda familiar com capacidade e condições para prestar a devida assistência;
- d) Isolamento pessoal;
- e) Naturalidade ou residência na freguesia de Terroso;
- f) Utentes do Lar desta Instituição;
- g) Utentes do Serviço de Apoio Domiciliário desta Instituição.

12º

(ADMISSÃO)

N.º 1: Recebida a candidatura, a mesma é analisada pelo responsável técnico deste estabelecimento, a quem compete elaborar a proposta de admissão a submeter à decisão da entidade competente.

N.º 2: É competente para decidir a Direcção da Instituição sob o parecer da Directora Técnica.

N.º 3: Caso o pedido de admissão seja deferido, o candidato será convocado a apresentar-se em horário a combinar.

13º

(LISTA DE ESPERA)

Caso não seja possível proceder à admissão por inexistência de vagas, isto será comunicado imediatamente ao utente bem como a posição que ocupa na lista de espera.

14º

(RECEPÇÃO)

Nº 1: A recepção do utente e familiares é feita pela Direcção do estabelecimento ou por quem a substitua e/ou o(a) Director(a) Técnico(a) que os apresentará aos demais, nomeadamente aos outros utentes e funcionários que trabalharão directamente com aquele, e os acompanhará na visita às instalações do estabelecimento. Aproveitando para descrever o quotidiano e as actividades que se vão desenvolvendo.

Nº 2: Será realizada uma entrevista de forma a:

- a) Apresentar e preencher a documentação necessária ao acto de inscrição;
- b) Valor da mensalidade e respectivos serviços incluídos (conforme o artigo 7º nº 1) e formas de pagamento;
- c) Identificar os serviços que estão excluídos do valor da mensalidade, como indicado no artigo 7º nº 2 e 3;
- d) Disponibilizar o Regulamento Interno;
- e) Condições e assinatura do Contrato de Admissão

15º

(INTEGRAÇÃO DO UTENTE)

Após a fase de recepção, o utente será integrado no quotidiano do estabelecimento. Nesta fase será efectuado um plano de acompanhamento onde se registará o processo de adaptação do utente, nomeadamente:

- a) Inventariação dos bens do utente e, se necessário e de acordo com a vontade do utente, a constituição de Conta Corrente
- b) Relação do utente com os demais e com os funcionários;
- c) Gerir e adequar os serviços prestados;
- d) Prestar esclarecimentos sempre que necessário, recordando as regras de funcionamento do Centro de Dia, assim como os direitos e deveres do utente;
- e) Divulgar ao utente as actividades desenvolvidas na Instituição e a importância da sua participação;
- f) Constituição do Plano de Desenvolvimento Individual do utente.

CAPÍTULO III

(REGRAS DE FUNCIONAMENTO)

16º

(LOTAÇÃO DO ESTABELECIMENTO)

O estabelecimento tem capacidade para a frequência de 30 utentes, mas o número de utentes abrangidos pelo acordo de cooperação com CRSSN é de 10.

17º

(ORGÃOS SOCIAIS)

Os Órgãos Sociais do CSPT são constituídos por:

- a) Direcção;
- b) Conselho Fiscal;
- c) Órgão de Vigilância.

18º

(DIRECÇÃO E COORDENAÇÃO DO CENTRO DE DIA)

A coordenação, distribuição e direcção dos serviços e do pessoal do respectivo sector cabe ao Director(a) Técnico(a) em consonância com o Director(a) de Serviços da Instituição.

19º

(DIRECÇÃO TÉCNICA)

A Direcção Técnica deste estabelecimento compete a um técnico, cujo nome, formação e conteúdo funcional se encontra afixado em lugar bem visível.

20º

(QUADRO DE PESSOAL)

Nº 1: Para assegurar o regular funcionamento e a manutenção, higiene e limpeza do equipamento, o estabelecimento dispõe de um quadro de pessoal adequado, em conformidade com a legislação aplicável.

Nº 2: O quadro de pessoal deste estabelecimento encontra-se afixado em local visível, contendo indicação do número de recursos humanos, formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação em vigor.

21º

(TIPO DE ALOJAMENTO)

Nº 1: O alojamento que será proporcionado compreende:

- a) Instalações sanitárias;
- b) Sala comum para refeições;
- c) Sala de estar e convívio;
- d) Sala de actividades;

22º

(HORÁRIO DAS REFEIÇÕES)

Nº 1: O serviço de alimentação contempla as seguintes refeições diárias:

Pequeno-almoço: das 8.30 H às 9.15 H;

Almoço: das 12 H às 13 H;

Lanche: às 16 H;

Jantar: das 18.30 H às 19 H;

Nº 2: Haverá dois tipos de ementas: geral (peixe ou carne) e dieta para os casos prescritos pelo médico.

Nº 3: Todas as refeições serão servidas na sala de refeições, podendo eventualmente ser servidas noutra local a designar, desde que haja motivo atendível que o justifique.

Nº 4: As ementas serão elaboradas e afixadas semanalmente em local visível.

23º

(HIGIENE DAS INSTALAÇÕES)

Nº 1: A limpeza das instalações será efectuada, diariamente, pelo pessoal do estabelecimento.

Nº 2: Os utentes não podem permanecer nos quartos ou noutras dependências aquando da limpeza dos mesmos.

24º

(HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ENTRADA E SAÍDA DE VISITAS)

Nº 1: O Centro de Dia funciona de 2ª a 6ª feira das 7:30h às 20:00h, excepcionalmente é alargado aos fins-de-semana e feriados para situações devidamente justificadas.

Nº 2: As saídas diárias dos utentes são livres, salvo contra-indicação médica.

Nº 3: Durante o período de ausência, os utentes bem como os familiares ou acompanhantes assumirão toda a responsabilidade por tudo quanto possa acontecer no exterior, não sendo imputável qualquer responsabilidade à Instituição.

Nº 4: As ausências às refeições não conferem aos utentes qualquer direito ou desconto na mensalidade.

Nº 5: Os utentes poderão receber visitas diariamente entre as 15 H e as 18 H. Quando a visita ocorrer fora do horário estabelecido, deve o visitante solicitar permissão para a visita, para que esta não perturbe o normal funcionamento dos serviços.

25º

(PASSEIO OU DESLOCAÇÕES EM GRUPO)

Só podem participar nos passeios ou deslocações promovidas pelo estabelecimento os idosos que se encontrem em condições físicas que lhes permitam usufruir da iniciativa.

26º

(DEPOSITO E GUARDA DOS BENS DOS UTENTES)

Nº 1: No momento da admissão será elaborado um inventário de todos os pertences do utente, assim como será facultada a possibilidade de se constituir uma Conta Corrente.

Nº 2: O estabelecimento não se responsabiliza pela perda ou desaparecimento de dinheiro ou objectos de valor do utente salvo se os mesmos tiverem sido entregues à Direcção do estabelecimento, mediante recibo, ficando depositados em nome do utente.

Nº 3: Os utentes poderão ter em seu poder objectos de uso pessoal, desde que não sejam cortantes ou contundentes.

27º

(PARTICIPAÇÃO DE VOLUNTÁRIOS)

Nº 1: A Instituição está aberta ao regime de voluntariado e tem por base um projecto de intervenção.

Nº 2: Todo o voluntário será sujeito a uma entrevista com o(a) Director(a) Técnico(a), sendo avaliado o seu perfil. Resultante da avaliação será ou não admitido.

Nº 3: Em caso de admissão, o voluntário terá que fazer a sua inscrição, através de impresso próprio, no grupo de Voluntariado.

Nº 4: O regime de voluntariado é orientado por regulamento próprio, que lhe é facultado, e que prevê os seguintes princípios:

- a) Natureza, fins e definição;
- b) Inscrição e admissão dos voluntários;
- c) Direitos e deveres do voluntário;
- d) Organização e funcionamento;
- e) Disposições finais.

f) Direitos e deveres do voluntário;

1. Direitos

- Ter acesso a programas de formação inicial e contínua, tendo em vista o aperfeiçoamento do seu trabalho Voluntário;
- Terminada a formação, os voluntários têm direito a um certificado;
- Tem direito ao uso de um cartão de identificação de Voluntário, que lhe permite o acesso à valência indicada;
- Tem direito a frequentar as instalações que estiverem destinadas ao serviço;
- Exercer o seu trabalho de voluntário em condições de higiene e segurança;
- Ser ouvido na preparação das decisões que afectem o desenvolvimento do trabalho voluntário, isto é, têm direito a usar a palavra em todas as reuniões do serviço apresentando sugestões ou propostas que julguem úteis ao
- Voluntariado e exprimir a sua opinião sobre a forma de funcionamento ou de ocorrências verificadas no serviço;
- Por motivos justificados pode o voluntário solicitar a suspensão do serviço de voluntariado;

2. Deveres

- Ter em conta os princípios deontológicos que regem a actividade da Instituição, nomeadamente o respeito pela vida privada;
- Respeitar as normas que regulam o funcionamento do Centro Social Paroquial de Terroso;
- Actuar de forma diligente, isenta e solidária;
- Participar nos programas de formação destinados ao correcto desenvolvimento do trabalho voluntário;
- Colaborar com a comissão responsável, profissionais de saúde, técnicos e colegas;
- Não assumir o papel de representante da Instituição, sem o conhecimento prévio e autorização dos órgãos directivos;
- Cumprir com assiduidade e pontualidade o horário estabelecido de acordo com as suas funções;
- Utilizar sempre durante o exercício da actividade o cartão de identificação;
- Apresentar-se de uma forma simples, de modo a que os utentes não se sintam retraídos;
- Comunicar prontamente ao responsável pelo serviço qualquer ocorrência ou situação que julgue anormal;
- Não intervir no utente, sem orientação do responsável ou auxiliar, mesmo que aquele solicite;
- Colaborar com os profissionais quando solicitado, em situações que forem da sua competência;
- Respeitar o direito do utente de não querer falar;
- O voluntário nunca poderá aceitar alguma forma de pagamento pelo serviço que está a prestar;

CAPÍTULO IV

(DIREITOS E DEVERES)

28º

(DIREITOS DOS UTENTES)

Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste regulamento, os utentes do Centro de Dia tem os seguintes direitos:

- a) Ao respeito pela sua dignidade e igualdade de tratamento, independentemente da raça, religião, idade, sexo, nacionalidade ou condição social;
- b) Respeito pela sua integridade física e psíquica;
- c) Apoio e aconselhamento psico-social;
- d) À participação e implicação dos seus familiares, ou pessoa responsável, no acompanhamento ao longo de toda a sua integração no Centro de Dia;
- e) Participar em todas as actividades e eventos promovidos pela Instituição.

29º

(DEVERES DOS UTENTES)

Os utentes do Centro de Dia têm o dever de:

- a) Aceitar e cumprir rigorosamente as regras da Instituição que sejam transmitidas sob pena de rescisão do contrato;
- b) Prestar todas as informações com verdade e lealdade à Instituição, nomeadamente as respeitantes aos seus rendimentos para efeitos de apuramento da comparticipação familiar;
- c) Cumprir o pagamento da comparticipação familiar a que está obrigado, dentro do prazo previsto, bem como de qualquer outra despesa extraordinária da sua responsabilidade, conforme o acordado no contrato;
- d) Cumprir os horários fixados;
- e) Abster-se de provocar ruídos de qualquer natureza, especialmente nas horas de silêncio;
- f) Preservar, através de uma correcta utilização, os objectos e equipamentos colocados à sua disposição, evitando tudo o que danifique o quarto e demais instalações do Centro de Dia;
- g) Respeitar e manter a higiene dos espaços que frequenta na Instituição;
- h) Respeitar a integridade física e psíquica de todos os que frequentam a Instituição (utentes, funcionários e outros), tratando-os com educação e urbanidade e não entrando em confronto com eles;
- i) Não interferir com a privacidade de outros utentes;
- j) Não fumar dentro da Instituição;

- k) Não se embriagar;
- l) Cuidar da sua higiene pessoal apresentando-se sempre limpo e asseado;
- m) Sujeitar-se aos exames médicos e tratamentos que lhes sejam prescritos pelo médico, necessários para a preservação da sua saúde e bem-estar;

30º

(PROIBIÇÕES)

Não é permitido:

- a) Comer noutra local senão na sala de refeições, exceptuando-se os casos justificados pelo médico;
- b) A entrega de géneros e bens alimentares aos utentes, excepto se estes forem entregues à própria Instituição, de modo a serem distribuídos por todos sem qualquer distinção;
- c) O uso de cobertores eléctricos ou aquecedores;
- d) A guarda de animais;
- e) Lavar e secar roupas;

31º

(AUSÊNCIA DO CENTRO DE DIA)

Nº 1: Quando previsível uma ausência temporária do utente do Centro de Dia, o mesmo ou outra pessoa responsável deverá avisar a Instituição, pelo menos, com 24 horas de antecedência.

Nº 2: No caso de utente não comparecer no Centro de Dia por um período de tempo superior a 10 dias sem justificação, será anulada a sua inscrição, perdendo direito aos valores pagos.

32º

(DIREITOS DOS FUNCIONÁRIOS)

Os funcionários têm direito a:

- a) ser respeitado e tratado com urbanidade e probidade;
- b) seja ressarcido pontualmente pelos serviços prestados;
- c) ser pago pontualmente a retribuição, que deve ser justa e adequada ao trabalho;
- d) ser proporcionado boas condições de trabalho, tanto do ponto de vista físico como moral;
- e) ser informado, por escrito, das funções e responsabilidades inerentes ao exercício do seu trabalho;
- f) sejam criadas condições para a elevação do nível de produtividade do trabalhador, nomeadamente proporcionando-lhe formação profissional;
- g) Sejam criadas condições para a diminuição dos riscos e doenças profissionais, tendo em conta a protecção da segurança e saúde do trabalhador, devendo indemnizá-lo dos prejuízos resultantes de acidentes de trabalho, através do seguro de acidentes de trabalho;
- h) trabalhar em condições de segurança, higiene e saúde;
- i) receber informação sobre os riscos existentes no local de trabalho e medidas de protecção adequadas;
- j) ser informado sobre as medidas a adoptar em caso de perigo grave e iminente, primeiros socorros, combate a incêndios e evacuação de trabalhadores;
- k) realizar exames médicos antes da sua contratação e depois periodicamente.

33º

(DEVERES DOS FUNCIONÁRIOS)

Os funcionários têm como dever:

- a) respeitar e tratar com educação o empregador, os companheiros de trabalho, utentes e as demais pessoas com quem estabeleça relações profissionais;
- b) comparecer ao serviço com assiduidade e pontualidade;
- c) realizar o trabalho com zelo e diligência;
- d) cumprir as ordens do empregador em tudo o que respeite à execução do trabalho, cumprindo as normas técnicas, funcionais e comportamentais instituídas;
- e) guardar lealdade ao empregador e não divulgar informações que violem a privacidade dos utentes, dos colegas ou da instituição;
- f) zelar pelo bom nome da instituição, quer dentro, quer fora do local de trabalho;
- g) velar pela conservação e boa utilização dos bens relacionados com o seu trabalho que lhe forem confiados pelo empregador;
- h) promover ou executar todos os actos tendentes à melhoria da produtividade da empresa.
- i) cumprimento rigoroso das normas técnicas, funcionais e comportamentais instituídas;
- j) respeitar os princípios éticos e deontológicos no exercício da sua actividade;
- k) cumprir as regras de segurança, higiene e saúde no trabalho e utilizar correctamente os equipamentos de protecção colectiva e individual;
- l) zelar pela sua segurança e saúde e por todos aqueles que podem ser afectados pelo seu trabalho;
- m) utilizar correctamente máquinas, aparelhos, instrumentos, substâncias perigosas e outros equipamentos e meios colocados à sua disposição;
- n) prestar informações que permitam avaliar a sua aptidão física e psíquica para o exercício das funções que lhe são atribuídas;
- o) Proporcionar, na medida das suas possibilidades, o máximo bem-estar aos utentes da instituição;

34º

(DIREITOS DOS FAMILIARES OU REPRESENTANTE LEGAL)

Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste regulamento, os familiares ou representantes legais dos utentes de Centro de Dia tem os seguintes direitos:

- a) Ao respeito pela sua dignidade e igualdade de tratamento, independentemente da raça, religião, idade, sexo, nacionalidade ou condição social;
- b) Respeito pela sua integridade física e psíquica;
- c) Manter-se informado do estado de saúde do utente;
- d) Visitar o utente, dentro das normas estabelecidas;
- e) Participar ou acompanhar o utente nas diversas acções do quotidiano e actividades previstas no Plano de Actividades, sempre que adequado;
- f) Fazer-se ouvir junto do(a) Director(a) Técnico(a), sobre aspectos que afectem o utente;

35º

(DEVERES DOS FAMILIARES OU REPRESENTANTE LEGAL)

Os familiares ou representantes legais têm como dever:

- a) Aceitar e cumprir rigorosamente as regras da Instituição;
- b) Acompanhar o utente relativamente à sua situação na Instituição;
- c) No que se refere ao art. 7º, Nº3, é da responsabilidade da família assegurar os mesmos ou acordar com a instituição;
- d) Comparecer na instituição sempre que convocado pelo(a) Director(a) Técnico(a);
- e) Prestar todas as informações com verdade e lealdade à Instituição;
- f) Cumprir o pagamento da comparticipação familiar a que está obrigado, dentro do prazo previsto, bem como de qualquer outra despesa extraordinária da sua responsabilidade, conforme o acordado no contrato;
- g) Cumprir os horários fixados no Centro de Dia, nomeadamente visitas;
- h) Respeitar e manter a higiene dos espaços que frequenta na Instituição;
- i) Respeitar a integridade física e psíquica de todos os que frequentam a Instituição (utentes, funcionários e outros), tratando-os com educação e urbanidade e não entrando em confronto com eles;
- j) Não interferir com a privacidade de outros utentes;
- k) Não fumar dentro da Instituição;
- l) Não se embriagar;

CAPÍTULO V

(SEGURANÇA E HIGIENE)

36º

(DA SEGURANÇA)

Como prevenção de acidentes, devem ser observadas as seguintes orientações:

- a) Deslocar-se diligentemente na instituição;
- b) Manusear os equipamentos e utensílios com cuidado, evitando magoar-se ou ferir terceiros;
- c) Em caso de anomalia solicitar o funcionário ou o(a) Director(a) Técnico(a) de forma a solucionarem a situação;
- d) Em situação de emergência contactar de imediato o Presidente ou o(a) Director(a) Técnico(a) ou o(a) Director de Serviços, conforme Plano de Emergência afixado.

37º

(DA SAÚDE)

Nº 1: No âmbito do contrato celebrado com o utente, são prestados os seguintes cuidados de saúde:

- a) Consultas de simples acompanhamento pelo médico assistente da Instituição, nos dias e horário afixados;
- b) Serviço de enfermagem de simples acompanhamento, quando necessário;

Nº 2: Quando o estado de saúde dos utentes assim o reclamar, estes serão enviados para um hospital, ficando sempre a sua vaga reservada (ocupada).

Nº 3: Em caso de doença ou acidente, o estabelecimento obriga-se a comunicar imediatamente o facto aos familiares do utente ou outras pessoas indicadas.

Nº 4: É vedado às visitas/familiares fornecerem qualquer tipo de medicamento, que não seja através do seu médico assistente e com o conhecimento do serviço clínico do estabelecimento.

Nº 5: Se necessário, serão promovidas diligências para o transporte e internamento em unidade hospitalar do utente que dele careça, tudo ao abrigo do esquema do Serviço Nacional de Saúde e Segurança Social vigentes.

38º

(SEGUROS)

A Instituição reveste-se de uma série de seguros de forma a respeitar a legislação em vigor e minimizar eventuais situações de risco, nomeadamente:

- a) Seguro de Trabalho e de Doença;
- b) Seguro de Acidentes Pessoais;
- c) Seguro Escolar;
- d) Seguros Automóvel;
- e) Seguro das Instalações

CAPÍTULO VI
(COMPARTICIPAÇÃO DOS UTENTES)

39º

(DEFINIÇÃO)

Por comparticipação familiar entende-se a quantia paga mensalmente pelo utente, pela sua família ou pessoa responsável, devida pela utilização dos serviços ou equipamentos da Instituição.

40º

(PRAZO E LOCAL DE PAGAMENTO)

A comparticipação familiar deve ser paga, através de numerário, cheque, transferência bancária ou multibanco até ao dia 20 do mês a que respeita, nos serviços de secretaria da Instituição.

41º

(CÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR)

A comparticipação familiar é determinada de forma proporcional ao rendimento “per capita” do agregado familiar;

42º

(CÁLCULO DO RENDIMENTO “PER CAPITA” DO AGREGADO FAMILIAR)

Nº 1: A comparticipação familiar devida pela utilização dos serviços/equipamento do CD é determinada de forma proporcional ao rendimento “per capita” do agregado familiar, de acordo com a Circular nº 4 de 16 de Dezembro de 2014, da Direção Geral da Segurança Social.

Nº 2: O cálculo do rendimento “per capita” é feito da seguinte forma:

Nº	Descrição do Serviço	%
1	Atividades socioculturais, lúdico-recreativas, de motricidade e de estimulação	45%
2	+ Nutrição e alimentação – Almoço e Lanche	50%
3	+ Administração de Fármacos	
4	+ Articulação com os serviços de saúde	
5	+ Higiene Pessoal e cuidados de imagem	55%
6	+ Serviços prestados no domicílio	60%
7	+ Jantar	
8	+ Transporte	
9	+ serviços ao fim-de-semana	
10	+ Disponibilização de produtos de apoio à autonomia	
11	+ tratamento de roupa, etc.	

$$R = \frac{RF - D}{N} * X, \text{ sendo que X varia de acordo com a tabela}$$

Sendo:

R = Rendimento “per capita”

RF* = Rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D** = Despesas fixas

N = Número de elementos do agregado familiar

* (Rendimento x 14): 12

** As despesas só são consideradas se devidamente documentadas

Nº 3: Para efeitos de aplicação do número anterior, entende-se por:

§1 Agregado familiar:

Conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, casamento, afinidade ou outras situações similares, desde que vivam em economia comum;

§2 Despesas fixas:

- a) O valor das taxas e impostos necessários à formação do rendimento líquido, designadamente do imposto sobre o rendimento e da taxa social única;
- b) Rendas de casa ou prestação mensal pela aquisição de habitação própria e permanente;
- c) Despesas com saúde e a aquisição de medicação de uso continuado em caso de doença crónica;
- d) Encargos médios mensais com transportes públicos

Nº 4: A mensalidade é sempre paga na totalidade excepto nas seguintes situações, desde que haja aviso prévio e justificação:

- a) Não frequentar o Centro de Dia durante 15 dias consecutivos ou mais sofrendo esta uma redução de 25%;

43º

(PROVA DE RENDIMENTO)

- a) A prova de rendimentos declarados será feita mediante a apresentação de documentos comprovativos, adequados e credíveis, nomeadamente de natureza fiscal;
- b) Sempre que hajam dúvidas fundadas acerca da veracidade das declarações de rendimento, serão efectuadas as diligências complementares que se entenderem adequadas e necessárias para apurar a situação, de acordo com critérios de razoabilidade.
- c) No caso da alínea anterior, sempre que o entender justificável, a Instituição calculará a respectiva comparticipação familiar com base nos rendimentos presumidos, tendo como limite a comparticipação máxima;
- d) Em caso de situações de comprovada carência económica poderá a Direcção determinar que a comparticipação familiar seja de valor inferior.

44º

(ACTUALIZAÇÃO ANUAL DAS COMPARTICIPAÇÕES FAMILIARES)

As comparticipações familiares serão objeto de atualização quando a situação económico-financeira do utente se alterar, sendo solicitado para o efeito por qualquer das partes. No entanto, reserva-se o direito de no início do ano civil se proceder à atualização da comparticipação familiar de acordo com a inflação anunciada pelos organismos competentes.

CAPÍTULO VII

(EXCLUSÃO DE UTENTES)

45º

(ÂMBITO)

Nº 1: A exclusão é a sanção máxima aplicada a um utente cujo comportamento, pela sua gravidade, torne imediata e irremediavelmente impossível a manutenção da sua utilização dos serviços que lhe são prestados pela Instituição.

Nº 2: O não cumprimento do preceituado neste Regulamento e a prática de qualquer tipo de acção que prejudique o normal funcionamento do Centro de Dia, darão lugar à aplicação de sanções, para o que é competente a Direcção.

46º

(CAUSAS DE EXCLUSÃO)

São causas de exclusão, nomeadamente:

- a) Agressões Físicas;
- b) Injúria ou difamação à Instituição e pessoas a ela ligadas;
- c) Actos proibidos e punidos pela lei penal;
- d) Desobediência e violação dos deveres constantes do presente Regulamento;
- e) Não pagamento das comparticipações a que se obrigou;
- f) Verificação de falsas declarações ou omissões de factos relevantes, antes e após o início da integração.

47º

(PROCEDIMENTO)

- a) A exclusão será sempre precedida de um processo disciplinar escrito que permita ao utente apresentar a sua defesa.
- b) Compete à Direcção ordenar a realização do processo disciplinar.
- c) A deliberação de exclusão de um utente é da competência exclusiva da Direcção, concluído o aludido processo disciplinar.

CAPÍTULO VIII

(CESSAÇÃO DE CONTRATO)

48º

(CESSAÇÃO)

Nº 1: Em caso de falecimento do utente serão contactados os seus familiares e/ou pessoa responsável para esta tomar a seu cargo todo o processo, incluindo as despesas com o funeral.

Nº 2: No prazo de 30 dias os herdeiros habilitados deverão reclamar o espólio, sob pena da Instituição poder vir a dar o destino que entender ao mesmo.

CAPÍTULO IX

(DISPOSIÇÕES FINAIS)

49º

(CONTRATO)

Nº 1: Nos termos da legislação em vigor, entre o utente ou seu representante legal e a direcção da instituição deve ser celebrado, por escrito, um contrato.

Nº 2: A todo o candidato ao Centro de Dia será entregue uma cópia do presente Regulamento bem como do Contrato de Admissão assinado entre o primeiro (ou familiar responsável) e o Centro Social Paroquial de Terroso.

50º

(LIVRO DE RECLAMAÇÕES)

Nos termos da legislação em vigor, este estabelecimento possui um livro de reclamações que poderá ser solicitado na secretaria sempre que desejado.

51º

(ALTERAÇÕES AO REGULAMENTO)

Nos termos da legislação em vigor, os responsáveis do estabelecimento deverão informar e contractualizar com os utentes ou seus representantes legais sobre quaisquer alterações ao presente regulamento com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua entrada em vigor, sem prejuízo do direito à resolução do contrato que a estes assiste.

52º

(INTEGRAÇÃO DE LACUNAS)

Os casos omissos no presente regulamento serão analisados e solucionados pela Direcção.

Regulamento em vigor desde 08-09-1997.

Última revisão em 23 de abril de 2015.

Declaro que me foi lido e explicado este regulamento, o qual vai por mim assinado e rubricado em todas as demais

Terroso, de de

O Declarante

A Direcção

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE TERROSO



ÍNDICE

CAPITULO I – Disposições Gerais

- Artigo 1º Definição Legal
- Artigo 2º Sede Social
- Artigo 3º Legislação Aplicável
- Artigo 4º Objectivos do Regulamento
- Artigo 5º Objectivos
- Artigo 6º Princípios Orientadores da Instituição
- Artigo 7º Serviços Mínimos e Actividades Complementares Desenvolvidas

CAPITULO II – Processo de Selecção e Admissão de Utentes

- Artigo 8º Locais de Interesse e Acessibilidades
- Artigo 9º Condições Gerais
- Artigo 10º Condições de Admissão
- Artigo 11º Candidatura
- Artigo 12º Critérios de Admissão
- Artigo 13º Admissão
- Artigo 14º Lista de Espera
- Artigo 15º Recepção
- Artigo 16º Integração do Utente

CAPITULO III – Regras de Funcionamento

- Artigo 17º Lotação do Estabelecimento
- Artigo 18º Órgãos Sociais
- Artigo 19º Direcção e Coordenação do Lar
- Artigo 20º Direcção Técnica
- Artigo 21º Quadro de Pessoal
- Artigo 22º Tipo de Alojamento
- Artigo 23º Horário das Refeições
- Artigo 24º Higiene das Instalações
- Artigo 25º Horário de Funcionamento e Entrada e Saída de Visitas
- Artigo 26º Passeio ou deslocações em Grupo
- Artigo 27º Depósito e Guarda dos Bens dos Utentes
- Artigo 28º Participação de Voluntários (inclui Direitos e Deveres)

CAPITULO IV – Direitos e Deveres

- Artigo 29º Direitos dos Utentes
- Artigo 30º Deveres dos Utentes
- Artigo 31º Proibições
- Artigo 32º Ausência do Lar
- Artigo 33º Direitos dos Funcionários
- Artigo 34º Deveres dos Funcionários
- Artigo 35º Direitos dos Familiares ou Representante Legal
- Artigo 36º Deveres dos Familiares ou Representante Legal

CAPITULO V – Segurança e Higiene

- Artigo 37º Segurança
- Artigo 38º Saúde
- Artigo 39º Seguros

CAPITULO VI – Comparticipação dos Utentes

- Artigo 40º Definição
- Artigo 41º Prazo e Local de Pagamento
- Artigo 42º Cálculo da Comparticipação Familiar
- Artigo 43º Cálculo do Rendimento “per capita” do Agregado Familiar

Artigo 44º Prova de Rendimento
Artigo 45º Actualização Anual das Comparticipações Familiares

CAPITULO VII – Exclusão de Utentes

Artigo 46º Âmbito
Artigo 47º Causas de Exclusão
Artigo 48º Procedimento

CAPITULO VIII – Cessação de Contrato

Artigo 49º Cessação

CAPITULO IX – Disposições Finais

Artigo 50º Contrato
Artigo 51º Sugestões e Reclamações
Artigo 52º Alterações ao Regulamento
Artigo 53º Integração de Lacunas

CAPÍTULO I (DISPOSIÇÕES GERAIS)

1º

(DEFINIÇÃO LEGAL)

O Centro Social Paroquial de Terroso (CSPT), pessoa jurídica de erecção canónica, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social inscrita no Centro Regional de Segurança Social sob o número 91/92, folha 6 do Livro nº 5 das Fundações da Solidariedade Social.

2º

(SEDE SOCIAL)

A sede social do Centro Social Paroquial de Terroso é na Travessa de Santo António, nº 50, da freguesia de Terroso, concelho da Póvoa de Varzim.

3º

(LEGISLAÇÃO APLICÁVEL)

Este estabelecimento destina-se principalmente ao alojamento de idosos, mas também contempla outras respostas sociais como o Centro de Dia e o Apoio Domiciliário e regem-se, e pelas orientações técnicas emanadas pelo Instituto da Segurança Social e demais legislação aplicável.

4º

(OBJECTIVOS DO REGULAMENTO)

O presente regulamento interno visa:

- d) Promover o respeito pelos direitos dos utentes, nomeadamente pela sua dignidade e privacidade;
- e) Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento;
- f) Promover a participação e implicação dos utentes e dos seus familiares e/ou representantes legais ao nível desta resposta social.

5º

(OBJECTIVOS)

A resposta social do Lar de Idosos do CSPT tem como objectivos:

- h) Prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas;
- i) Prestação de apoio psico-social;
- j) Fomento das relações interpessoais entre os idosos e entre estes e outros grupos etários.

6º

(PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA INSTITUIÇÃO)

O CSPT orienta-se, no seu funcionamento interno e em todas as suas actividades, pelos seguintes princípios:

- e) Conceito unitário e global da pessoa humana;
- f) Respeito pela sua dignidade;
- g) Aperfeiçoamento cultural, espiritual e moral de todos os utentes;
- h) Espírito de convivência e de solidariedade social como factor decisivo do trabalho comum, tendente à valorização integral dos indivíduos, das famílias e de mais agrupamentos e da comunidade paroquial.

7º

(SERVIÇOS MINIMOS ASSEGURADOS E ACTIVIDADES COMPLEMENTARES DESENVOLVIDAS)

Nº 1: Como contrapartida do pagamento da mensalidade estabelecida, são assegurados os seguintes serviços:

- i) Alojamento;
- j) Alimentação;
- k) Cuidados de higiene pessoal;
- l) Tratamento da roupa;
- m) Actividades ocupacionais e animação sociocultural. As actividades decorrerão entre as 9:30h e as 12:00h e das 14:30h às 17:30h. A sua concretização verifica-se na Planificação das Actividades;
- n) Acompanhamento médico e, quando necessário, cuidados de enfermagem;
- o) Administração de medicação;
- p) Marcação de consultas de especialidade e, quando necessário, o respectivo acompanhamento;
- q) Acompanhamento psico-social;

Nº 2: Mediante o respectivo pagamento, poderão ainda ser prestados os seguintes serviços:

- c) Serviços de cabeleireiro;
- d) Serviços específicos de manicure e pedicure;

Nº 3: Estão excluídos, pelo que serão debitados em separado, os custos com medicamentos, fraldas ou produtos equiparados, artigos de higiene pessoal não fornecidos pela instituição, fisioterapia e reabilitação, consultas médicas externas, transporte em ambulâncias, camas articuladas especiais diversas das detidas pelo estabelecimento, meios auxiliares de diagnóstico.

8º

(LOCAIS DE INTERESSE E ACESSIBILIDADE)

A Freguesia de Terroso é atravessada pela Estrada Nacional n.º 205 que liga a Cidade da Póvoa de Varzim à Cidade de Barcelos. Assim, conta com um bom acesso, o que a torna um local de passagem e lhe confere fortes atractivos para local de residência. É uma freguesia ampla que gira em torno da mencionada estrada, onde se situa o Centro Social e Paroquial de Terroso, e da zona onde se localiza a Igreja Paroquial. Situada a 5 Km da Póvoa de Varzim, estende-se desde a encosta do monte da Cividade até à planície de S. Lourenço a caminho de Navais.

Dada a localização geográfica na Freguesia, o Centro Social Paroquial de Terroso, é servido por meios de transportes públicos, que passam com frequência junto à instituição.

Dos pontos de interesse destacam-se:

Património cultural edificado

Igreja paroquial, capelas de S. Lourenço, S. Salvador e Santo António, Cruzeiro de S. Salvador e Cruzeiro de S. Lourenço.

Festas e Romarias

Nossa Senhora das Candeias (2 de Fevereiro)

Outros locais de interesse turístico

Cividade de Terroso.

Colectividades

Centro Cultural e Desportivo de Terroso (CCDT), o Rancho Folclórico das Lavadeiras de Santa Maria de Terroso, Junta de Freguesia de Terroso, Cruz Vermelha-Regaço; Corpo Nacional de Escutismo – Agrupamento 406; Fraternidade; Casa Maior; MAPADI.

CAPÍTULO II

(PROCESSO DE SELECÇÃO E ADMISSÃO DE UTENTES)

9º

(CONDIÇÕES GERAIS)

Nº 1: A candidatura pode ser requerida pelo próprio, por outrem ou por via institucional e realiza-se durante todo o ano civil;

Nº 2: A inscrição será feita em ficha própria e registada no ficheiro de inscrições estando a admissão condicionada à existência de vagas, ficando a pré-inscrição em lista de espera;

Nº 3: Caso solicitado, há a possibilidade do utente ou família visitar as instalações antes da admissão

Nº 4: O processo de candidatura compreende a entrevista ao utente e/ou familiares pela Directora Técnica e Direcção, bem como todas as diligências necessárias ao apuramento da situação socio-económica e familiar do agregado.

10º

(CONDIÇÕES DE ADMISSÃO)

Nº 1: A admissão dos utentes ao Lar de Idosos está sujeita às seguintes condições:

- f) Ser da vontade própria do utente ser admitido e passar a residir no lar;
- g) Possuir idade igual ou superior a 60 anos, salvo casos excepcionais devidamente fundamentados;
- h) Não ser portador de doenças de foro psiquiátrico que possa prejudicar a saúde, estabilidade ou convivência dos demais utentes, e de doenças infecto-contagiosas ou de outra natureza que requeira cuidados específicos;
- i) Ser natural e/ou residente no Concelho da Póvoa de Varzim. No entanto, a Direcção dará prioridade aos naturais e/ou residentes na freguesia de Terroso;
- j) Assinatura do contrato e aceitação do presente regulamento;

Nº 2: Caso o candidato não possa expressar livremente a sua vontade, deverão ser os representantes legais a requerer a sua admissão.

11º

(CANDIDATURA)

Nº 1: Para efeitos de admissão, o utente deverá candidatar-se através do preenchimento de uma ficha de identificação que constitui parte integrante do processo do utente, devendo fazer prova das declarações efectuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:

- Bilhete de Identidade do utente e do representante legal, quando necessário;
- Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal, quando necessário;
- Cartão de Beneficiário da Segurança Social, ADSE ou outro, do utente e do representante legal, quando necessário;
- Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde ou de subsistemas a que o utente pertence;
- Declaração de Rendimentos (Recibo de Pensão, Reforma, Declaração de I.R.S.);
- Boletim de Vacinas e relatório médico, comprovativo da situação clínica do utente
- Duas fotografias tipo passe.

N.º 2: O horário de atendimento para candidatura decorre das 9:00 às 17:30 horas

Nº 3: Em situações especiais pode ser solicitada certidão da sentença judicial que regule a tutela/ curatela.

Nº 4: Em caso de admissão urgente, pode ser dispensada a apresentação de candidatura e respectivos documentos probatórios, devendo ser desde logo iniciado o processo de obtenção dos dados em falta.

12º

(CRITÉRIOS DE SELECÇÃO)

A admissão dos candidatos em lista de espera está sujeita aos seguintes critérios de prioridade:

- h) Conflito familiar, marginalização, exclusão
- i) Abandono familiar
- j) Ausência ou impossibilidade de retaguarda familiar com capacidade e condições para prestar a devida assistência;
- k) Isolamento pessoal
- l) Naturalidade ou residência na freguesia de Terroso;
- m) Uteses do Centro de Dia desta Instituição;
- n) Uteses do Serviço de Apoio Domiciliário desta Instituição

13º

(ADMISSÃO)

N.º 1: Recebida a candidatura, a mesma é analisada pelo responsável técnico deste estabelecimento, a quem compete elaborar a proposta de admissão a submeter à decisão da entidade competente.

N.º 2: É competente para decidir a Direcção da Instituição sob o parecer da Directora Técnica.

N.º 3: Caso o pedido de admissão seja deferido, o candidato será convocado a apresentar-se em horário a combinar.

14º

(LISTA DE ESPERA)

Caso não seja possível proceder à admissão por inexistência de vagas, isto será comunicado imediatamente ao utente, bem como a posição que ocupa na lista de espera.

15º

(RECEPÇÃO)

Nº 1: A recepção do utente e familiares é feita pela Direcção do estabelecimento ou por quem a substitua e/ou o(a) Director(a) Técnico(a) que os apresentará aos demais, nomeadamente aos outros utentes e funcionários que trabalharão directamente com aquele, e os acompanhará na visita às instalações do estabelecimento. Aproveitando para descrever o quotidiano e as actividades que se vão desenvolvendo.

Nº 2: Será realizada uma entrevista de forma a:

- f) Apresentar e preencher a documentação necessária ao acto de inscrição;
- g) Valor da mensalidade e respectivos serviços incluídos (conforme o artigo 7º nº 1) e formas de pagamento;

- h) Identificar os serviços que estão excluídos do valor da mensalidade, como indicado no artigo 7º nº 2 e 3;
- i) Disponibilizar o Regulamento Interno;
- j) Condições e assinatura do Contrato de Admissão

16º

(INTEGRAÇÃO DO UTENTE)

Após a fase de recepção, o utente será integrado no quotidiano do estabelecimento. Nesta fase será efectuado um plano de acompanhamento onde se registará o processo de adaptação do utente, nomeadamente:

- g) Inventariação dos bens do utente e, se necessário e de acordo com a vontade do utente, a constituição de Conta Corrente
- h) Relação do utente com os demais e com os funcionários;
- i) Gerir e adequar os serviços prestados;
- j) Prestar esclarecimentos sempre que necessário, recordando as regras de funcionamento do Lar, assim como os direitos e deveres do utente;
- k) Divulgar ao utente as actividades desenvolvidas na Instituição e a importância da sua participação;
- l) Constituição do Plano de Desenvolvimento Individual do utente.

CAPÍTULO III

(REGRAS DE FUNCIONAMENTO)

17º

(LOTAÇÃO DO ESTABELECIMENTO)

O estabelecimento tem capacidade para 31 utentes.

18º

(ÓRGÃOS SOCIAIS)

Os Órgãos Sociais do CSPT são constituídos por:

- d) Direcção;
- e) Conselho Fiscal;
- f) Órgão de Vigilância.

19º

(DIRECÇÃO E COORDENAÇÃO DO LAR)

A coordenação, distribuição e direcção dos serviços e do pessoal do respectivo sector cabe ao Director(a) Técnico(a) em consonância com o Director(a) de Serviços da Instituição.

20º

(DIRECÇÃO TÉCNICA)

A direcção técnica da Instituição, cujo nome, formação e conteúdo funcional encontra-se afixado em lugar bem visível.

21º

(QUADRO DE PESSOAL)

Nº 1: Para assegurar o regular funcionamento e a manutenção, higiene e limpeza do equipamento, o estabelecimento dispõe de um quadro de pessoal adequado, em conformidade com a legislação aplicável.

Nº 2: O quadro de pessoal deste estabelecimento encontra-se afixado em local visível, contendo indicação do número de recursos humanos, formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação em vigor.

22º

(TIPO DE ALOJAMENTO)

Nº 1: O alojamento que será proporcionado compreende:

- e) Cama em quarto individual, duplo ou triplo, conforme parecer do ex-GIPAO de 11/04/2007, para dormir ou repousar e permanecer em situações de doença;
- f) Instalações sanitárias;
- g) Sala comum para refeições;
- h) Sala de convívio;

Nº 2: Os utentes poderão ser transferidos do quarto de acordo com a sua dependência física/psíquica ou incompatibilidade com outro utente.

Nº 3: No caso dos casais, por falecimento de um dos conjugues, será respeitado um período de tempo a definir pela instituição, findo o qual será ocupado por outra pessoa.

23º

(HORÁRIO DAS REFEIÇÕES)

Nº 1: O serviço de alimentação contempla as seguintes refeições diárias:

Pequeno-almoço: das 8.30 H às 9.15 H;

Almoço: das 12 H às 13 H;

Lanche: às 16 H;

Jantar: das 18.30 H às 19 H;

Ceia: das 21.30 H às 22 H;

Nº 2: Haverá dois tipos de ementas: geral (peixe ou carne) e dieta para os casos prescritos pelo médico.

Nº 3: Todas as refeições serão servidas na sala de refeições, podendo eventualmente ser servidas no quarto, desde que haja motivo atendível que o justifique.

Nº 4: As ementas serão elaboradas e afixadas em local visível.

24º

(HIGIENE DAS INSTALAÇÕES)

Nº 1: A limpeza das instalações será efectuada, diariamente, pelo pessoal da Instituição.

Nº 2: Os utentes não podem permanecer nos quartos ou noutras dependências aquando da limpeza dos mesmos.

25º

(HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ENTRADA E SAÍDA DE VISITAS)

Nº 1: O estabelecimento funciona todos os dias, 24 horas por dia.

Nº 2: As saídas diárias dos utentes são livres, salvo contra-indicação médica, devendo dar entrada no lar até às 22 horas.

Nº 3: Durante o período de ausência, os utentes bem como os familiares ou acompanhantes assumirão toda a responsabilidade por tudo quanto possa acontecer no exterior, não sendo imputável qualquer responsabilidade à Instituição.

Nº 4: As ausências às refeições não conferem aos utentes qualquer direito ou desconto na mensalidade.

Nº 5: Caso o utente pretenda pernoitar fora do lar, deverá, previamente, dar conhecimento à entidade responsável no lar.

Nº 6: Os utentes poderão receber visitas diariamente entre as 9:00h e as 18:30h. Quando a visita ocorrer fora do horário estabelecido, deve o visitante solicitar permissão para a visita, para que esta não perturbe o normal funcionamento dos serviços.

Nº 7: As visitas aos utentes far-se-ão fora dos quartos, excepto em residentes acamados. Em casos excepcionais, quando realizadas nos aposentos, o visitante será acompanhado por uma funcionária da instituição.

26º

(PASSEIO OU DESLOCAÇÕES EM GRUPO)

Só podem participar nos passeios ou deslocações promovidas pela Instituição os idosos que se encontrem em condições físicas que lhes permitam usufruir da iniciativa.

27º

(DEPOSITO E GUARDA DOS BENS DOS UTENTES)

Nº 1: No momento da admissão será elaborado um inventário de todos os pertences do utente, assim como será facultada a possibilidade de se constituir uma Conta Corrente.

Nº 2: O estabelecimento não se responsabiliza pela perda ou desaparecimento de dinheiro ou objectos de valor do utente salvo se os mesmos tiverem sido entregues à Direcção do estabelecimento, mediante recibo, ficando depositados em nome do utente.

Nº 3: Os utentes poderão ter em seu poder objectos de uso pessoal, desde que não sejam cortantes ou contundentes.

28º

(PARTICIPAÇÃO DE VOLUNTÁRIOS)

Nº 1: A Instituição está aberta ao regime de voluntariado e tem por base um projecto de intervenção.

Nº 2: Todo o voluntário será sujeito a uma entrevista com o(a) Director(a) Técnico(a), sendo avaliado o seu perfil. Resultante da avaliação será ou não admitido.

Nº 3: Em caso de admissão, o voluntário terá que fazer a sua inscrição, através de impresso próprio, no grupo de Voluntariado.

Nº 4: O regime de voluntariado é orientado por regulamento próprio, que lhe é facultado, e que prevê os seguintes princípios:

- g) Natureza, fins e definição;
- h) Inscrição e admissão dos voluntários;
- i) Organização e funcionamento;
- j) Disposições finais;
- k) Direitos e deveres do voluntário;

1. Direitos

- Ter acesso a programas de formação inicial e contínua, tendo em vista o aperfeiçoamento do seu trabalho Voluntário;
- Terminada a formação, os voluntários têm direito a um certificado;
- Tem direito ao uso de um cartão de identificação de Voluntário, que lhe permite o acesso à valência indicada;
- Tem direito a frequentar as instalações que estiverem destinadas ao serviço;
- Exercer o seu trabalho de voluntário em condições de higiene e segurança;

- Ser ouvido na preparação das decisões que afectem o desenvolvimento do trabalho voluntário, isto é, têm direito a usar a palavra em todas as reuniões do serviço apresentando sugestões ou propostas que julguem úteis ao
- Voluntariado e exprimir a sua opinião sobre a forma de funcionamento ou de ocorrências verificadas no serviço;
- Por motivos justificados pode o voluntário solicitar a suspensão do serviço de voluntariado;

2. Deveres

- Ter em conta os princípios deontológicos que regem a actividade da Instituição, nomeadamente o respeito pela vida privada;
- Respeitar as normas que regulam o funcionamento do Centro Social Paroquial de Terroso;
- Actuar de forma diligente, isenta e solidária;
- Participar nos programas de formação destinados ao correcto desenvolvimento do trabalho voluntário;
- Colaborar com a comissão responsável, profissionais de saúde, técnicos e colegas;
- Não assumir o papel de representante da Instituição, sem o conhecimento prévio e autorização dos órgãos directivos;
- Cumprir com assiduidade e pontualidade o horário estabelecido de acordo com as suas funções;
- Utilizar sempre durante o exercício da actividade o cartão de identificação;
- Apresentar-se de uma forma simples, de modo a que os utentes não se sintam retraídos;
- Comunicar prontamente ao responsável pelo serviço qualquer ocorrência ou situação que julgue anormal;
- Não intervir no utente, sem orientação do responsável ou auxiliar, mesmo que aquele solicite;
- Colaborar com os profissionais quando solicitado, em situações que forem da sua competência;
- Respeitar o direito do utente de não querer falar;
- O voluntário nunca poderá aceitar alguma forma de pagamento pelo serviço que está a prestar;

CAPÍTULO IV (DIREITOS E DEVERES)

29º

(DIREITOS DOS UTENTES)

Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste regulamento, os utentes do lar tem os seguintes direitos:

- f) Ao respeito pela sua dignidade e igualdade de tratamento, independentemente da raça, religião, idade, sexo, nacionalidade ou condição social;
- g) Respeito pela sua integridade física e psíquica;
- h) Apoio e aconselhamento psico-social;
- i) À participação e implicação dos seus familiares, ou pessoa responsável, no acompanhamento ao longo de toda a sua integração no lar;
- j) Participar em todas as actividades e eventos promovidos pela Instituição.

30º

(DEVERES DOS UTENTES)

Os utentes do Lar têm o dever de:

- n) Aceitar e cumprir rigorosamente as regras da Instituição que sejam transmitidas sob pena de rescisão do contrato;
- o) Prestar todas as informações com verdade e lealdade à Instituição, nomeadamente as respeitantes aos seus rendimentos para efeitos de apuramento da comparticipação familiar;
- p) Cumprir o pagamento da comparticipação familiar a que está obrigado, dentro do prazo previsto, bem como de qualquer outra despesa extraordinária da sua responsabilidade, conforme o acordado no contrato;
- q) Cumprir os horários fixados no lar;
- r) Abster-se de provocar ruídos de qualquer natureza, especialmente nas horas de silêncio;
- s) Preservar, através de uma correcta utilização, os objectos e equipamentos colocados à sua disposição, evitando tudo o que danifique o quarto e demais instalações do lar;
- t) Respeitar e manter a higiene dos espaços que frequenta na Instituição;
- u) Respeitar a integridade física e psíquica de todos os que frequentam a Instituição (utentes, funcionários e outros), tratando-os com educação e urbanidade e não entrando em confronto com eles;
- v) Não interferir com a privacidade de outros utentes;
- w) Não fumar dentro da Instituição;
- x) Não se embriagar;
- y) Cuidar da sua higiene pessoal apresentando-se sempre limpo e asseado;
- z) Sujeitar-se aos exames médicos e tratamentos que lhes sejam prescritos pelo médico, necessários para a preservação da sua saúde e bem-estar;

31º

(PROIBIÇÕES)

Não é permitido:

- f) Comer nos quartos, exceptuando-se os casos justificados pelo médico;
- g) A entrega de géneros e bens alimentares aos utentes, excepto se estes forem entregues à própria Instituição de modo a serem distribuídos por todos sem qualquer distinção;
- h) O uso de cobertores eléctricos ou aquecedores;
- i) A guarda de animais nos quartos;
- j) Lavar e secar roupas nos quartos ou casa de banho;

32º

(AUSÊNCIA DO LAR)

- a) Todo e qualquer motivo de ausência do Lar deverá ser comunicado à pessoa responsável (Assistente Social e na sua ausência à funcionária que esteja de serviço);
- b) No caso de algum cliente acompanhar algum familiar ou amigo ao exterior, este deverá assinar um documento próprio para o efeito que contém a sua identificação e a sua total responsabilidade durante esse mesmo período, pelo que a Instituição não responde por qualquer acidente ou incidente que ocorra nesse período de tempo;
- c) Nenhum cliente pode ausentar-se da instituição entre as 20:30h e as 8:00h sem dar conhecimento desse facto à pessoa responsável de serviço.
- d) No caso de o cliente não comparecer no Lar por um período de tempo superior a 10 dias sem justificação, será anulada a sua inscrição, perdendo direito aos valores pagos.

33º

(DIREITOS DOS FUNCIONÁRIOS)

Os funcionários têm direito a:

- l) ser respeitado e tratado com urbanidade e probidade;
- m) seja ressarcido pontualmente pelos serviços prestados;
- n) ser pago pontualmente a retribuição, que deve ser justa e adequada ao trabalho;
- o) ser proporcionado boas condições de trabalho, tanto do ponto de vista físico como moral;
- p) ser informado, por escrito, das funções e responsabilidades inerentes ao exercício do seu trabalho;
- q) sejam criadas condições para a elevação do nível de produtividade do trabalhador, nomeadamente proporcionando-lhe formação profissional;
- r) Sejam criadas condições para a diminuição dos riscos e doenças profissionais, tendo em conta a protecção da segurança e saúde do trabalhador, devendo indemnizá-lo dos prejuízos resultantes de acidentes de trabalho, através do seguro de acidentes de trabalho;
- s) trabalhar em condições de segurança, higiene e saúde;
- t) receber informação sobre os riscos existentes no local de trabalho e medidas de protecção adequadas;
- u) ser informado sobre as medidas a adoptar em caso de perigo grave e iminente, primeiros socorros, combate a incêndios e evacuação de trabalhadores;
- v) realizar exames médicos antes da sua contratação e depois periodicamente.

34º

(DEVERES DOS FUNCIONÁRIOS)

Os funcionários têm como dever:

- p) respeitar e tratar com educação o empregador, os companheiros de trabalho, utentes e as demais pessoas com quem estabeleça relações profissionais;
- q) comparecer ao serviço com assiduidade e pontualidade;
- r) realizar o trabalho com zelo e diligência;
- s) cumprir as ordens do empregador em tudo o que respeite à execução do trabalho, cumprindo as normas técnicas, funcionais e comportamentais instituídas;
- t) guardar lealdade ao empregador e não divulgar informações que violem a privacidade dos utentes, dos colegas ou da instituição;
- u) zelar pelo bom nome da instituição, quer dentro, quer fora do local de trabalho;
- v) velar pela conservação e boa utilização dos bens relacionados com o seu trabalho que lhe forem confiados pelo empregador;
- w) promover ou executar todos os actos tendentes à melhoria da produtividade da empresa.
- x) cumprimento rigoroso das normas técnicas, funcionais e comportamentais instituídas;
- y) respeitar os princípios éticos e deontológicos no exercício da sua actividade;
- z) cumprir as regras de segurança, higiene e saúde no trabalho e utilizar correctamente os equipamentos de protecção colectiva e individual;
- aa) zelar pela sua segurança e saúde e por todos aqueles que podem ser afectados pelo seu trabalho;
- bb) utilizar correctamente máquinas, aparelhos, instrumentos, substâncias perigosas e outros equipamentos e meios colocados à sua disposição;
- cc) prestar informações que permitam avaliar a sua aptidão física e psíquica para o exercício das funções que lhe são atribuídas;
- dd) Proporcionar, na medida das suas possibilidades, o máximo bem-estar aos utentes da instituição;

35º

(DIREITOS DOS FAMILIARES OU REPRESENTANTE LEGAL)

Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste regulamento, os familiares ou representantes legais dos utentes do lar tem os seguintes direitos:

- g) Ao respeito pela sua dignidade e igualdade de tratamento, independentemente da raça, religião, idade, sexo, nacionalidade ou condição social;
- h) Respeito pela sua integridade física e psíquica;
- i) Manter-se informado do estado de saúde do utente;
- j) Visitar o utente, dentro das normas estabelecidas;
- k) Participar ou acompanhar o utente nas diversas acções do quotidiano e actividades previstas no Plano de Actividades, sempre que adequado;
- l) Fazer-se ouvir junto do(a) Director(a) Técnico(a), sobre aspectos que afectem o utente;

36º

(DEVERES DOS FAMILIARES OU REPRESENTANTE LEGAL)

Os familiares ou representantes legais têm como dever:

- m) Aceitar e cumprir rigorosamente as regras da Instituição;
- n) Acompanhar o utente relativamente à sua situação na Instituição;
- o) No que se refere ao art. 7º, Nº3, é da responsabilidade da família assegurar os mesmos ou acordar com a instituição;
- p) Comparecer na instituição sempre que convocado pelo(a) Director(a) Técnico(a);
- q) Prestar todas as informações com verdade e lealdade à Instituição;
- r) Cumprir o pagamento da comparticipação familiar a que está obrigado, dentro do prazo previsto, bem como de qualquer outra despesa extraordinária da sua responsabilidade, conforme o acordado no contrato;
- s) Cumprir os horários fixados no lar, nomeadamente visitas;
- t) Respeitar e manter a higiene dos espaços que frequenta na Instituição;
- u) Respeitar a integridade física e psíquica de todos os que frequentam a Instituição (utentes, funcionários e outros), tratando-os com educação e urbanidade e não entrando em confronto com eles;
- v) Não interferir com a privacidade de outros utentes;
- w) Não fumar dentro da Instituição;
- x) Não se embriagar;

CAPÍTULO V

(SEGURANÇA E HIGIENE)

37º

(SEGURANÇA)

Como prevenção de acidentes, devem ser observadas as seguintes orientações:

- e) Deslocar-se diligentemente na instituição;
- f) Manusear os equipamentos e utensílios com cuidado, evitando magoar-se ou ferir terceiros;
- g) Em caso de anomalia solicitar o funcionário ou o(a) Director(a) Técnico(a) de forma a solucionarem a situação;
- h) Em situação de emergência contactar de imediato o Presidente ou o(a) Director(a) Técnico(a) ou o(a) Director de Serviços, conforme Plano de Emergência afixado.

38º

(SAÚDE)

Nº 1: No âmbito do contrato celebrado com o utente, são prestados os seguintes cuidados de saúde:

- c) Consultas de simples acompanhamento pelo médico assistente do lar, nos dias e horário afixados na Instituição;
- d) Serviço de enfermagem de simples acompanhamento, quando necessário;

Nº 2: Quando o estado de saúde dos utentes assim o reclamar, estes serão enviados para um hospital, ficando sempre a cama reservada (ocupada).

Nº 3: Em caso de doença ou acidente, o estabelecimento obriga-se a comunicar imediatamente o facto aos familiares do utente ou outras pessoas indicadas.

Nº 4: É vedado às visitas/familiares fornecerem qualquer tipo de medicamento, que não seja através do seu médico assistente e com o conhecimento do serviço clínico do estabelecimento.

Nº 5: Se necessário, serão promovidas diligências para o transporte e internamento em unidade hospitalar do utente que dele careça, tudo ao abrigo do esquema do Serviço Nacional de Saúde e Segurança Social vigentes.

39º

(SEGUROS)

A Instituição reveste-se de uma série de seguros de forma a respeitar a legislação em vigor e minimizar eventuais situações de risco, nomeadamente:

- f) Seguro de Trabalho e de Doença;
- g) Seguro de Acidentes Pessoais;
- h) Seguro Escolar;
- i) Seguros Automóvel;
- j) Seguro das Instalações
- k)

CAPÍTULO VI
(COMPARTICIPAÇÃO DOS UTENTES)

40º

(DEFINIÇÃO)

Por comparticipação familiar entende-se a quantia paga mensalmente pelo utente, pela sua família ou pessoa responsável, devida pela utilização dos serviços ou equipamentos da Instituição.

41º

(PRAZO E LOCAL DE PAGAMENTO)

A comparticipação familiar deve ser paga, através de numerário, cheque, transferência bancária ou Multibanco até ao dia 20 do mês a que respeita, nos serviços de secretaria da Instituição.

42º

(CÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR)

A comparticipação familiar é determinada de forma proporcional ao rendimento “per capita” do agregado familiar;

43º

(CÁLCULO DO RENDIMENTO “PER CAPITA” DO AGREGADO FAMILIAR)

Nº 1: A comparticipação familiar devida pela utilização dos serviços/equipamento do lar é determinado de forma proporcional ao rendimento “per capita” do agregado familiar, de acordo com a Circular nº 4 de 16 de Dezembro de 2014, da Direção Geral da Segurança Social.

Nº 2: O cálculo do rendimento “per capita” é feito da seguinte forma:

$$R = \frac{RF - D}{N} * 75\%$$

Sendo:

R = Rendimento “per capita”

RF* = Rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D** = Despesas fixas

N = Número de elementos do agregado familiar

* (Rendimento x 14): 12

** As despesas só são consideradas se devidamente documentadas

Nº 3: Para efeitos de aplicação do número anterior, entende-se por:

§1 Agregado familiar:

Conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, casamento, afinidade ou outras situações similares, desde que vivam em economia comum;

§2 Despesas fixas:

- e) O valor das taxas e impostos necessários à formação do rendimento líquido, designadamente do imposto sobre o rendimento e da taxa social única;
- f) Rendas de casa ou prestação mensal pela aquisição de habitação própria e permanente;
- g) Despesas com saúde e a aquisição de medicação de uso continuado em caso de doença crónica;
- h) Encargos médios mensais com transportes públicos.

Nº 4: A percentagem de 75% estipulada poderá elevar-se até 90% do rendimento “per capita” relativamente aos utentes que sejam considerados dependentes de 1º grau.

N.º 5: O valor mensal deve ser acrescido, caso os seus descendentes sejam chamados a participar;

N.º 6: Haverá lugar a uma redução de 25% na comparticipação familiar mensal quando o período de ausência, devidamente justificada, exceda 15 dias não interpolados.

Nº 7: Se o somatório das despesas fixas ultrapassar o RMMG, o CSPT considerará este como teto máximo.

44º

(PROVA DE RENDIMENTO)

- e) A prova de rendimentos declarados será feita mediante a apresentação de documentos comprovativos, adequados e credíveis, nomeadamente de natureza fiscal;
- f) Sempre que hajam dúvidas fundadas acerca da veracidade das declarações de rendimento, serão efectuadas as diligências complementares que se entenderem adequadas e necessárias para apurar a situação, de acordo com critérios de razoabilidade.
- g) No caso da alínea anterior, sempre que o entender justificável, a Instituição calculará a respectiva comparticipação familiar com base nos rendimentos presumidos, tendo como limite a comparticipação máxima;

- h) Em caso de situações de comprovada carência económica poderá a Direcção determinar que a comparticipação familiar seja de valor inferior.

45º

(ACTUALIZAÇÃO ANUAL DAS COMPARTICIPAÇÕES FAMILIARES)

As comparticipações familiares serão objeto de atualização quando a situação económico-financeira do utente se alterar, sendo solicitado para o efeito por qualquer das partes. No entanto, reserva-se o direito de no início do ano civil se proceder à atualização da comparticipação familiar de acordo com a inflação anunciada pelos organismos competentes.

CAPÍTULO VII
(EXCLUSÃO DE UTENTES)

46º

(ÂMBITO)

Nº 1: A exclusão é a sanção máxima aplicada a um utente cujo comportamento, pela sua gravidade, torne imediata e irremediavelmente impossível a manutenção da sua utilização dos serviços que lhe são prestados pela Instituição.

Nº 2: O não cumprimento do preceituado neste Regulamento e a prática de qualquer tipo de acção que prejudique o normal funcionamento do Lar, darão lugar à aplicação de sanções, para o que é competente a Direcção.

47º

(CAUSAS DE EXCLUSÃO)

São causas de exclusão, nomeadamente:

- g) Agressões Físicas;
- h) Injúria ou difamação à Instituição e pessoas a ela ligadas;
- i) Actos proibidos e punidos pela lei penal;
- j) Desobediência e violação dos deveres constantes do presente Regulamento;
- k) Não pagamento das comparticipações a que se obrigou;
- l) Verificação de falsas declarações ou omissões de factos relevantes, antes e após o início da integração.

48º

(PROCEDIMENTO)

- d) A exclusão será sempre precedida de um processo disciplinar escrito que permita ao utente apresentar a sua defesa.
- e) Compete à Direcção ordenar a realização do processo disciplinar.
- f) A deliberação de exclusão de um utente é da competência exclusiva da Direcção, concluído o aludido processo disciplinar.

CAPÍTULO VIII
(CESSAÇÃO DE CONTRATO)

49º

(CESSAÇÃO DE CONTRATO)

Nº 1: Em caso de falecimento do utente serão contactados o familiar e/ou pessoa responsável para esta tomar a seu cargo todo o processo, incluindo as despesas com o funeral. Estas poderão ser do encargo da Instituição mediante acordo escrito no acto de admissão;

Nº 2: No prazo de 30 dias os herdeiros habilitados deverão reclamar o espólio, sob pena da Instituição poder vir a dar o destino que entender ao mesmo.

CAPÍTULO IX
(DISPOSIÇÕES FINAIS)

50º

(CONTRATO)

Nº 1: Nos termos da legislação em vigor, entre o utente ou seu representante legal e a direcção da instituição deve ser celebrado, por escrito, um contrato.

Nº 2: A todo o candidato ao Lar de Idosos será entregue uma cópia do presente Regulamento bem como do Contrato de Admissão assinado entre o primeiro (ou familiar responsável) e o Centro Social Paroquial de Terroso.

51º

(SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES)

N.º 1: O Centro Social Paroquial de Terroso disponibiliza a possibilidade de os utentes, funcionários e clientes fazerem sugestões e/ou reclamações em impresso próprio, anónimo ou não, à entrada da instituição, num dispositivo devidamente identificado.

N.º 2: Nos termos da legislação em vigor, este estabelecimento possui um livro de reclamações que poderá ser solicitado na secretaria sempre que desejado.

52º

(ALTERAÇÕES AO REGULAMENTO)

Nos termos da legislação em vigor, os responsáveis do estabelecimento deverão informar e contractualizar com os utentes ou seus representantes legais sobre quaisquer alterações ao presente regulamento com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua entrada em vigor, sem prejuízo do direito à resolução do contrato que a estes assiste.

53º

(INTEGRAÇÃO DE LACUNAS)

Os casos omissos no presente regulamento serão analisados e solucionados pela Direcção.

Regulamento em vigor desde 08-09-1997.

Última revisão em 23 de abril de 2015.

Declaro que me foi lido e explicado este regulamento, o qual vai por mim assinado e rubricado em todas as demais

Terroso, de de

O Declarante

A Direcção

Anexo III - Escala Mini Mental State Examination – MMSE

Nome: _____ Data: _____

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27____24____21____18____15____

Nota:

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar.”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto? Mostrar os objetos?:”

Relógio _____

Lápis _____

Nota:

b) “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota:

c) “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pegue com a mão direita _____

Dobre ao meio _____

Coloque onde deve _____

Nota:

d) “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto ler-se a frase.

Fechou os olhos.

Nota:

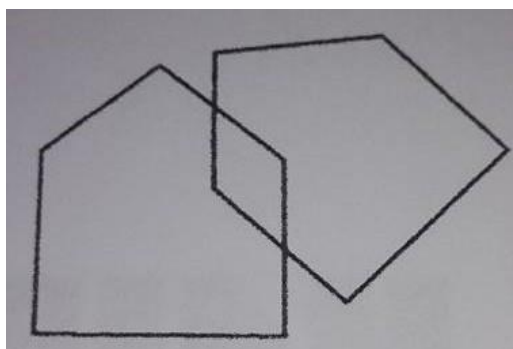
e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota:

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA

Nota:

TOTAL:

(máximo 30 pontos)

FECHE OS OLHOS

Anexo IV - Índice de Barthel

Nome: _____ Data: _____

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
1. ALIMENTAÇÃO - Independente - Precisa de alguma ajuda (por exemplo, para cortar os alimentos) - Dependente	10 5 0
2. BANHO - Tomar banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) - Dependente, necessita de alguma ajuda	5 0
3. HIGIENE PESSOAL - Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes - Dependente, necessita de alguma ajuda	5 0
4. UTILIZAÇÃO DO WC - Independente - Precisa de alguma ajuda - Dependente	10 5 0
5. VESTIR - Independente - Com ajuda - Dependente	10 5 0
6. CONTROLO URINÁRIO - Controla perfeitamente, capaz de usar qualquer dispositivo (algália), sendo capaz de mudar o saco	10

- Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
- Incontinente	0
7. CONTROLO INTESTINAL	
- Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar	10
- Acidente ocasional (uma vez por semana)	5
- Incontinente ou precisa do uso de clisteres	0
8. TRANSFERÊNCIAS	
- Independente	15
- Precisa de alguma ajuda	10
- Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se	5
- Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
9. MOBILIDADE	
- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
	10
- Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	5
- Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	0
- Dependente	
10. SUBIR E DESCER ESCADAS	
- Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
- Precisa de ajuda	5
- Dependente	0
TOTAL:	

Anexo V - Escala de Addenbrooke

AVALIAÇÃO COGNITIVA DE ADDENBROOKE
(Hodges, Mioshi, 2005® / Versão Portuguesa Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, Martins, 2008)

Nome: António de Terroso Data da avaliação: 16 / 1 / 11
 Data de nascimento: 16 / 1 / 1980 Idade: 30 Avaliador: _____
 Nº Processo: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Idade com que obteve a escolaridade: _____
 Ocupação: _____ Nível escolar alcançado: _____
 Actividade anterior: _____ Dominância (direita/esquerda): _____
 Emigração (país/duração): _____

ORIENTAÇÃO							
Perguntar:	Dia da semana	Dia do mês	Mês	Ano	Estação		
	<u>1</u>	<u>16</u>	<u>1</u>	<u>11</u>	<u>1</u>	5	<input type="checkbox"/>
Perguntar:	Edifício	Piso/andar	Cidade	Distrito	País	0-5	
	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	5	<input type="checkbox"/>

RETENÇÃO			
• "Vou dizer-lhe 3 palavras e quero que as repita no fim de eu as dizer. As palavras são: limão, chave e bola. " Depois do doente repetir dizer: "Tente fixar essas palavras porque eu vou perguntar-lhas mais tarde". Pontuar apenas a primeira tentativa (repetir 3 vezes se necessário). Registrar o número de tentativas: <u>3</u>		0-3	
		3	<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO E CÁLCULO			ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO
• Perguntar: "quanto é 100 menos 7?" Depois de o doente ter respondido pedir novamente para subtrair 7, num total de 5 subtracções. Se o doente cometer um erro continuar, verificando as respostas subsequentes. (ex.: 93, 84, 77, 63 – pontua 4) Parar após cinco subtracções (93, 86, 79, 72, 65) <u>155</u>		0-5	
• Perguntar: "pode soletrar a palavra MUNDO?" Depois, pedir para soletrar de trás para a frente.		5	<input type="checkbox"/>

MEMÓRIA – evocação			
• Perguntar: "Quais foram as palavras que eu lhe pedi para repetir e fixar?" <u>limão, chave, bola</u>		0-3	
		3	<input type="checkbox"/>

MEMÓRIA – memória anterógrada																		
• Dizer: "Vou dizer-lhe um nome e uma morada e gostaria que repetisse depois de mim. Vamos fazer isso 3 vezes para poder aprender. Mais tarde vou perguntar-lhe novamente. Cotar apenas a 3ª tentativa		0-7																
<u>João Macedo</u> <u>Praça do Infante, nº 53</u> <u>Trancoso</u> <u>Guarda</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>1ª tentativa</th> <th>2ª tentativa</th> <th>3ª tentativa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>João Macedo</u></td> <td><u>João Macedo</u></td> <td><u>João Macedo</u></td> </tr> <tr> <td><u>Praça do Infante, nº 53</u></td> <td><u>Praça do Infante, nº 53</u></td> <td><u>Praça do Infante, nº 53</u></td> </tr> <tr> <td><u>Trancoso</u></td> <td><u>Trancoso</u></td> <td><u>Trancoso</u></td> </tr> <tr> <td><u>Guarda</u></td> <td><u>Guarda</u></td> <td><u>Guarda</u></td> </tr> </tbody> </table>	1ª tentativa	2ª tentativa	3ª tentativa	<u>João Macedo</u>	<u>João Macedo</u>	<u>João Macedo</u>	<u>Praça do Infante, nº 53</u>	<u>Praça do Infante, nº 53</u>	<u>Praça do Infante, nº 53</u>	<u>Trancoso</u>	<u>Trancoso</u>	<u>Trancoso</u>	<u>Guarda</u>	<u>Guarda</u>	<u>Guarda</u>	7	<input type="checkbox"/>
1ª tentativa	2ª tentativa	3ª tentativa																
<u>João Macedo</u>	<u>João Macedo</u>	<u>João Macedo</u>																
<u>Praça do Infante, nº 53</u>	<u>Praça do Infante, nº 53</u>	<u>Praça do Infante, nº 53</u>																
<u>Trancoso</u>	<u>Trancoso</u>	<u>Trancoso</u>																
<u>Guarda</u>	<u>Guarda</u>	<u>Guarda</u>																

MEMÓRIA – memória retrógrada			
- Nome do actual primeiro-ministro <u>António Costa</u> - Nome do primeiro rei de Portugal <u>Dom Afonso I</u> - Nome do actual presidente dos EUA <u>Barack Obama</u> - Nome do candidato presidencial português assassinado pela PIDE em Olivença-Espanha nos anos 60 <u>António Sérgio</u>		0-4	
		3	<input type="checkbox"/>

FLUÊNCIA VERBAL – letra "P" e animais

0-7

5

• Letras

Dizer: "Vou dizer-lhe uma letra do alfabeto e queria que me dissesse todas as palavras que se lembre que comecem com essa letra. Não pode dizer nomes de pessoas nem de lugares. Está pronto? Tem um minuto e a letra é P"

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
<i>Palavras</i>	<i>Palavras</i>	<i>Palavras</i>	<i>Palavras</i>

>17	7
14-17	6
11-13	5
8-10	4
6-7	3
4-5	2
2-3	1
<2	0
Total	Corrig

FLUÊNCIA VERBAL

• Animais

Dizer: "Agora pode-me dizer todos os animais que conhece, a começar com qualquer letra?"

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
<i>Palavras</i>	<i>Palavras</i>	<i>Palavras</i>	<i>Palavras</i>

>21	7
17-21	6
14-16	5
11-13	4
9-10	3
7-8	2
5-6	1
<5	0
Total	Corrig

LINGUAGEM – Compreensão

• Mostrar a instrução escrita:

0-1

☐ ☒

Feche os Olhos ✓

• Ordem com 3 etapas:

"Pegue na folha de papel com a sua mão direita. Dobre a folha ao meio. Coloque o papel no seu colo."

0-3

☐ ☐ ☒

LINGUAGEM – escrita

• Pedir para escrever uma frase. Pontuar com 1 ponto se a frase tiver sujeito e verbo.

0-1

☐ ☒

LINGUAGEM

LINGUAGEM - Repetição

- Perguntar para repetir: "hipopótamo", "excentricidade", "ininteligível", "estatística", "incompreensível".
Pontuar 2 se repetir todas as palavras correctamente; 1 se repetir 3; 0 se 2 ou menos

0-2
2

- Pedir para repetir: "Acima, atrás e abaixo"

0-1
1

- Pedir para repetir: "nem mas, nem meio mas"

0-1
1

LINGUAGEM - Nomeação

- Pedir para nomear as seguintes figuras:

0-2
(lápis + relógio)

2

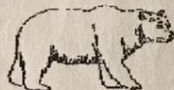
_____ 1 _____ 1 _____ 1



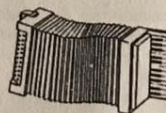
_____ 1 _____ 1 _____ 1



_____ 1 _____ 1 _____ 1



_____ 1 _____ 1 _____ 1



0-10
10

LINGUAGEM

LINGUAGEM - Compreensão

- Usando as figuras de cima, aponte:

- Qual está associada à monarquia _____ 1
- Qual é réptil _____ 1
- Qual pode ser encontrado no Deserto _____ 1
- Qual está relacionado com a navegação _____ 1

0-4
4

LINGUAGEM – Leitura

- Pedir para ler as palavras seguintes (pontuar 1 apenas se todas forem lidas correctamente)

burguês
táxi
sector
feixe
duque

0-1

LINGUAGEM

CAPACIDADE VISUO-ESPACIAL**• Pentágonos**

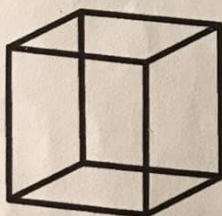
- Pedir para copiar este desenho:



0-1

 • Cubo

- Pedir para desenhar este desenho (cotar segundo o guia de instruções)



0-2

VISUO-ESPACIAL

• Relógio

- Pedir para desenhar o mostrador de um relógio com os números e os ponteiros a marcar 5h10m. (Para pontuar ver instruções: círculo=1; números=2; ponteiros=2 se tudo estiver correcto)

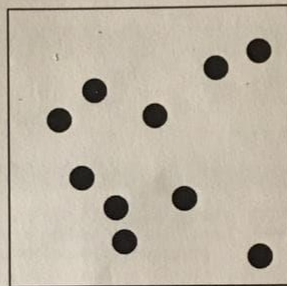
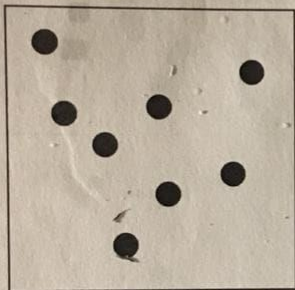
0-5

- Pedir para contar os pontos sem apontar

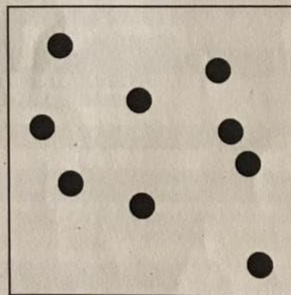
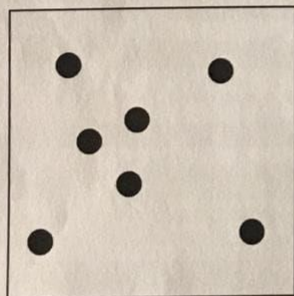
0-4

9


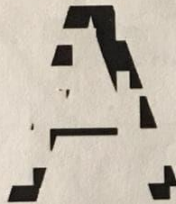
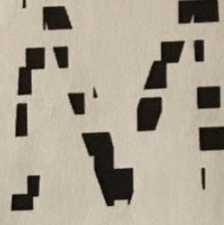
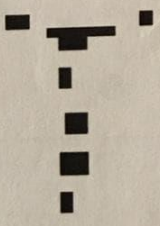
11

☒ 2000年10月

4



VISUO-ESPACIAL

PERCEPÇÃO				0-4	VISUO-ESPACIAL
• Pedir para identificar as letras				4	
					
MEMÓRIA DE EVOCÇÃO				0-7	MEMÓRIA
• "Diga-me o nome e a morada que estivemos a repetir há pouco"				7	
João Macedo Praça do Infante, nº 53 Trancoso Guarda					
RECONHECIMENTO				0-5	COTAÇÃO
• Este teste deve ser realizado se o doente não conseguiu recordar um ou mais itens. Se todos os itens tiverem sido evocados, não aplicar este teste e cotar 5. Os itens evocados devem ser marcados na coluna cinzenta à direita. Depois, testar os itens não evocados: "vou dar-lhe algumas pistas: o nome era X, Y ou Z?"				5	
Jorge Macedo 35 Rua do Infante Trofa Guarda	João Macedo 53 Praça da Infantaria Trancoso Beja	João Madeira 56 Praça do Infante Grândola Braga	Evocado Evocado Evocado Evocado Evocado		
Cotação geral					
			MMSE	/30	COTAÇÃO
			ACE-R	/100	
Sub-cotações					
Atenção e orientação			18		
Memória			26		
Fluência			14		
Linguagem			26		
Visuo-espacial			16		

Anexo VI - Escala Depressão Geriátrica

Nome: _____ Data: _____

Responda **SIM** ou **NÃO** consoante se tem sentido, de há uma semana para cá:

	SIM	NÃO
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem disposto(a) a maioria do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desanimado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas atividades?	S	N
21. Sente-se cheio de energia?	S	N
22. Sente que para si não há esperança?	S	N
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com outras pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N
TOTAL:		